ANEXO 4. OBLIGACIÓN TÉCNICA

Informes de Enfermería
Informe de Psicología
Informe de Fisioterapia
Informe de Nutrición

INFORME DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

PERIODO REPORTADO	20-04-26 al 30-04-26
NOMBRE DE QUIEN REALIZA EL REPORTE	Olga Lucía Luna Gasca
PROFESIÓN	Enfermera Jefe
LUGAR DE ACTIVIDADES	Centro de Protección al adulto mayor “San Matías”
OBJETIVO GENERAL	Brindar cuidados integrales de enfermería al adulto mayor, orientados a promover su bienestar físico, emocional y social, fomentando la autonomía, previniendo complicaciones de salud y asegurando una atención segura, humanizada y de calidad acorde a sus necesidades individuales.

Actividades Desarrolladas	Objetivo	Fecha	Evidencia
1. Lavado de manos de los Adultos Mayores.	Prevenir infecciones y promover hábitos de higiene.	Diaria – Durante los días del 20-30 de Abril	Anexo registro fotográfico de lavado de manos de los adultos mayores
2. Desinfección de cama y arreglo de la unidad del residente.	Garantizar condiciones de higiene, seguridad y confort.	Diaria – Durante los días del 20-30 de Abril	Anexo registro fotográfico de desinfección y arreglo de la unidad del residente
3. Administración y registro de Medicamentos.	Asegurar la administración segura y el control del tratamiento.	Diaria – Durante los días del 20-30 de Abril	Anexo registro fotográfico de administración y registro de medicamentos

4. Baño general diario en ducha al Adulto Mayor y personas en condición de discapacidad.	Mantener higiene corporal y bienestar general.	Diaria – Durante los días del 20-30 de Abril	Anexo registro fotográfico de baño general diario en ducha al Adulto Mayor y personas en condición de discapacidad
5. Cepillado de dientes o lavado de prótesis dental del adulto mayor	Prevenir infecciones bucales y mejorar salud oral.	Diaria – Limpieza especial: Lunes y Jueves (Hombres) Martes y Viernes (Mujeres). Durante el mes de Marzo.	Anexo registro fotográfico de Limpieza bucal (Cepillado de dientes para los que aplique y lavado de prótesis).
6. Rasurado facial	Mantener higiene y presentación personal.	Martes, Jueves y sábados – Durante el mes de Marzo.	Anexo registro fotográfico de rasurado facial
7. Corte de uñas al adulto mayor	Prevenir lesiones e infecciones.	Miércoles y sábados (Hombres), Lunes y Jueves (Mujeres), durante el mes de Marzo.	Anexo registro fotográfico de corte de uñas

8. Traslado del residente a la unidad para proporcionar descanso y sueño	Garantizar descanso seguro y adecuado.	Diaria – Durante los días del 20-30 de Abril	Anexo registro fotográfico de traslado del residente a la unidad para proporcionar descanso y sueño
9. Cambio de posición del residente dependiente y semidependiente	Prevenir úlceras por presión.	Diaria – Durante los días del 20-30 de Abril.	Anexo registro fotográfico de cambio de posición del residente dependiente y semidependiente
10. Asistencia alimentaria al Adulto Mayor con algún tipo de discapacidad (si aplica).	Garantizar nutrición segura y adecuada.	Diaria – Durante los días del 20-30 de Abril.	Anexo registro fotográfico de asistencia alimentaria al Adulto Mayor con algún tipo de discapacidad
11. Traslado a toma de sol de los residentes	Promover bienestar físico y emocional.	Diaria o según condición	Anexo registro fotográfico de traslado a toma de sol
12. Notas de Enfermería.	Registrar evolución y cuidados brindados.	Diaria – Durante los días del 20-30 de Abril.	Anexo registro fotográfico de notas de enfermería
13. Diligenciamiento de otros registros de enfermería	Garantizar trazabilidad y cumplimiento normativo.	Diaria – Durante los días del 20-30 de Abril.	Anexo registro fotográfico de diligenciamiento de otros registros de enfermería
14. Tamizaje de signos vitales	Monitorear el estado de salud.	Diaria – Durante los días del 20-30 de Abril.	Anexo registro fotográfico de toma diaria de signos vitales
15. Valoración de Enfermería	Identificar necesidades y riesgos del residente.	Diaria – Durante los días del 20-30	Anexo registro fotográfico de valoración de Enfermería

		de Abril.	
16. Hidratación oral	Prevenir deshidratación.	Diaria – Durante los días del 20-30 de Abril.	Anexo registro fotográfico de hidratación oral
17. Seguimiento en la alimentación	Verificar tolerancia e ingesta adecuada.	Diaria – Durante los días del 20-30 de Abril.	Anexo registro fotográfico de seguimiento en la alimentación
18. Paseo y deambulación del residente	Fomentar movilidad y bienestar.	Diaria – según tolerancia	Anexo registro fotográfico de paseo y deambulación del residente
19. Hidratación de piel.	Prevenir resequedad y lesiones.	Martes y Viernes (Hombres), Miércoles y Sábados (Mujeres) – Durante el mes de Marzo.	Anexo registro fotográfico de hidratación de piel
20. Revisión de los registros de enfermería.	Verificar consistencia y completitud.	Diaria – Durante los días del 20-30 de Abril.	Anexo registro fotográfico de la revisión de los registros de enfermería
21. Recibo y entrega de turno	Garantizar continuidad del cuidado.	Diaria – Durante los días del 20-30 de Abril	Anexo registro fotográfico de recibo y entrega de turno
22. Aseo y desinfección del	Mantener condiciones de	Según	Anexo registro fotográfico de

área de medicamentos, curaciones y estaciones de enfermería según cronograma	bioseguridad.	cronograma	aseo y desinfección del área de medicamentos, curaciones y estaciones de enfermería según cronograma
23. Curaciones	Prevenir complicaciones y promover la cicatrización	Según necesidad y ordenes médicas	Anexo registro fotográfico de curaciones
24. Atención domiciliaria de fisioterapia, fonoaudiología y/o nutrición a algunos residentes	Favorecer funcionalidad y comunicación.	Según plan terapéutico	Anexo registro fotográfico de atención domiciliaria de fisioterapia y/o fonoaudiología a algunos residentes
25. Traslado de los Adultos Mayores a consulta médica ambulatoria, laboratorios clínicos u otros procedimientos.	Garantizar acceso oportuno a servicios de salud.	Según necesidad y ordenes médicas.	Anexo registro fotográfico de traslado de los Adultos Mayores a consulta médica ambulatoria, laboratorios clínicos u otros procedimientos
26. Solicitud de autorizaciones de servicios de salud ante la EPS (valoraciones y controles con especialistas, laboratorios, ayudas diagnósticas).	Garantizar continuidad de la atención.	Según necesidad	Anexo registro fotográfico de solicitud de autorizaciones de servicios de salud ante la EPS
27. Programación de citas	Asegurar oportunidad en la atención.	Según necesidad	Anexo registro fotográfico de

médicas y con especialistas ante la red prestadora de servicios de salud de las diferentes EPS, en donde están asegurados los adultos mayores			programación de citas médicas
28. Se realiza proceso de facturación de las citas programadas	Soportar administrativamente la atención.	Mensual	Anexo registro fotográfico de proceso de facturación de las citas programadas
29. Reclamación de medicamentos, resultados de laboratorios clínicos y/o trámites de preparación y programación de cirugías entre otros.	Asegurar disponibilidad y continuidad del tratamiento.	Según necesidad	Anexo registro fotográfico de reclamación de medicamentos, resultados de laboratorios clínicos Etc
30. Traslado y atención del residente en el servicio de urgencias	Diagnosticar oportunamente, prevenir complicaciones y establecer un plan de atención seguro	Según necesidad	Anexo registro fotográfico de traslado +5678y atención del 4esidente en el servicio de urgencias
31. Atención del residente por el servicio de hospicasa	Promover el bienestar físico del residente	Según necesidad	Anexo registro fotográfico de atención del residente por el servicio de hospicasa

32. Atención del médico general de la ESE-Jornada trimestral	Preservar la calidad de vida, la autonomía y el bienestar integral del adulto mayor.	Cada tres meses	Anexo registro fotográfico de la atención del médicogeneral de la ESE

ANEXOS – REGISTRO FOTOGRÁFICO

1. LAVADO DE MANOS DE LOS ADULTOS MAYORES






Fuente propia: Lavado de manos de los adultos mayores.

2. DESINFECCIÓN DE CAMA Y ARREGLO DE LA UNIDAD DEL RESIDENTE






Fuente propia: Desinfección de cama y arreglo de la unidad del residente

3. ADMINISTRACIÓN Y REGISTRO DE MEDICAMENTOS






Fuente Propia: Administración y registro de medicamentos a adultos mayores

4. BAÑO GENERAL DIARIO EN DUCHA AL ADULTO MAYOR Y PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD





Fuente propia: Baño general diario en ducha al Adulto Mayor y personas en condición de discapacidad

5. CEPILLADO DE DIENTES O LIMPIEZA DE PRÓTESIS DENTAL DEL ADULTO MAYOR






Fuente Propia: Cepillado de dientes o limpieza de prótesis dental del adulto mayor:

6. RASURADO FACIAL






Fuente Propia: Rasurado facial al adulto mayor:

7. CORTE DE UÑAS AL ADULTO MAYOR



Fuente Propia: Corte de uñas al adulto mayor

8. TRASLADO DEL RESIDENTE A LA UNIDAD PARA PROPORCIONAR DESCANSO Y SUEÑO



Fuente Propia: Traslado del residente a la unidad para proporcionar descanso y sueño

9. CAMBIO DE POSICIÓN DEL RESIDENTE DEPENDIENTE Y SEMIDEPENDIENTE



Fuente Propia: Cambio de posición del residente dependiente y semidependiente

10. ASISTENCIA EN LA ALIMENTACIÓN DEL RESIDENTE DEPENDIENTE



Fuente Propia: Asistencia en la alimentación al adulto mayor

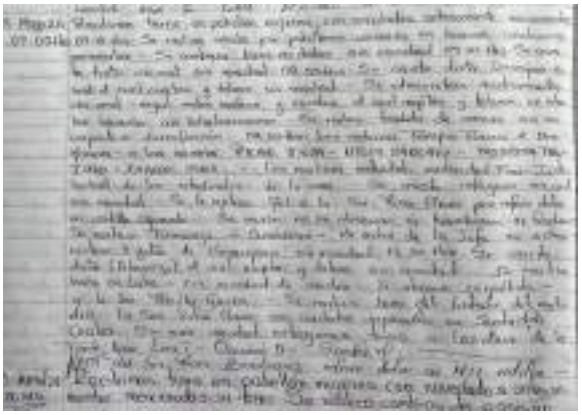
11. TRASLADO DE LOS RESIDENTES A TOMA DE SOL

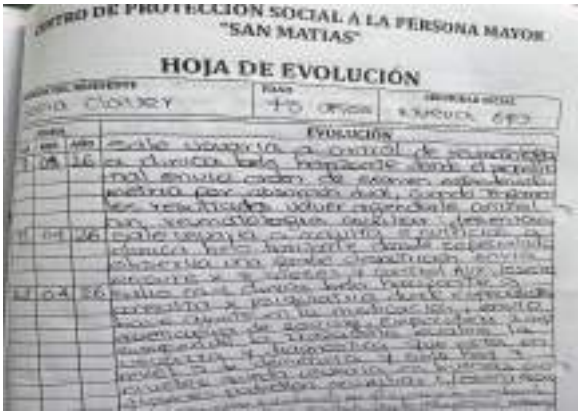





Fuente Propia: Traslado de los residentes a toma de sol

12. NOTAS DE ENFERMERÍA





Fuente Propia: Notas de enfermería

13. DILIGENCIAMIENTO DE OTROS REGISTROS DE ENFERMERÍA






Fuente Propia: Diligenciamiento de otros registros de enfermería

14. TAMIZAJE DE SIGNOS VITALES






Fuente Propia: Tamizaje de signos vitales

15. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA





Fuente propia: Valoración de enfermería

16. HIDRATACIÓN ORAL



Fuente propia: Hidratación oral

17. SEGUIMIENTO EN LA ALIMENTACIÓN



Fuente propia: Seguimiento en la alimentación

18. PASEO Y DEAMBULACIÓN DEL RESIDENTE






Fuente Propia: Deambulación a adultos mayores.

19. **HIDRATACIÓN DE PIEL**






Fuente Propia: Hidratación de piel al adulto mayor

20. REVISIÓN DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA



Fuente propia: Revisión de los registros de enfermería

21. RECIBO Y ENTREGA DE TURNO



Fuente propia: Recibo y entrega de turno

22. ASEO Y DESINFECCIÓN DEL ÁREA DE MEDICAMENTOS, CURACIONES Y ESTACIONES DE ENFERMERÍA SEGÚN CRONOGRAMA






Fuente propia: Aseo y desinfección del área de medicamentos, curaciones y estaciones de enfermería según cronograma

23. CURACIONES



Fuente propia: Curaciones

24. ATENCIÓN DOMICILIARIA DE MEDICO, FISIOTERAPIA , FONOAUDIOLOGÍA Y/O NUTRICION A ALGUNOS RESIDENTES



Fuente propia: Atención domiciliaria de fisioterapia y/o fonoaudiología a algunos residentes

25. TRASLADO DEL ADULTO MAYOR A CITAS MÉDICAS



Fuente Propia: Traslado del adulto mayor a citas médicas.

26. SOLICITUD DE AUTORIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD ANTE LA EPS





Fuente Propia: Solicitud de autorizaciones de servicios de salud ante la EPS

27. PROGRAMACIÓN DE CITAS MÉDICAS Y CON ESPECIALISTA







Fuente Propia: Programación de citas médicas y con especialistas

28. PROCESO DE FACTURACIÓN DE LAS CITAS PROGRAMADAS





Fuente Propia: Proceso de facturación de las citas programadas

29. RECLAMACIÓN DE MEDICAMENTOS, RESULTADOS DE LABORATORIOS CLÍNICOS ETC







Fuente Propia: Reclamación de medicamentos, resultados de laboratorios clínicos Etc.

30. **TRASLADO Y ATENCION DEL RESIDENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**



Fuente Propia: Traslado y atención en el servicio de urgencias

31. ATENCION DEL RESIDENTE POR EL SERVICIO DE HOSPICASA





Fuente Propia: Atención del residente por el servicio de hospicasa

32. ATENCION MÉDICO GENERAL DE LA ESE- JORNADA TRIMESTRAL





Fuente Propia: Atención médico general de la ese- jornada trimestral

INFORME DE ACTIVIDADES ÁREA DE PSICOLOGIA
Periodo: (Abril /2026)

Tipo actividad	Nombre de la actividad	Objetivo	Fecha	Evidencia
Grupales	**Actividad Grupal de estimulación motora fina y sensorial mediante la técnica de rasgado y boleado de papel para el relleno de imágenes**	Promover la rehabilitación y el mantenimiento de las funciones neurocognitivas en el adulto mayor con deterioro, a través de una intervención psicológica estructurada basada en la técnica de rasgado y boleado de papel para el relleno de imágenes (iguana), orientada a fortalecer la atención, la coordinación visomotora, la motricidad fina y la integración sensorial, impactando significativamente en su autonomía, regulación emocional, autoestima y calidad de vida	Martes 21/Abril/2026	Acta del 21 de Abril /2026
	Apoyo en actividad de emprendimiento: Llaveros con Alma "Lleva contigo un pedacito de arte"	Fortalecer habilidades ocupacionales, motrices y socioemocionales a través de una actividad de emprendimiento basada en la elaboración de llaveros artesanales, orientada a promover la creatividad, la funcionalidad manual y la participación activa en procesos productivos significativos	Miércoles 22 de Abril/2026	
	Apoyo en actividad grupo Legión de María de la Iglesia Católica "Cuerpo, Mente y Espíritu"	Fortalecer el bienestar psicosocial y la regulación emocional de los participantes a través del acompañamiento en la actividad del grupo Legión de María, integrando la dimensión espiritual como elemento facilitador de la salud mental y la cohesión social.	Jueves 23 de Abril/2026	
Individuales	**Intervención Terapéutica Individual de Estimulación Cognitiva, Motriz y Sensorial con el residente Jesús María Vásquez.**	Favorecer la estimulación cognitiva, motriz y sensorial del residente mediante actividades terapéuticas dirigidas, que promuevan la coordinación, la atención, la participación activa y el bienestar emocional, teniendo en cuenta sus condiciones de discapacidad intelectual, limitación visual y compromiso en la movilidad	Lunes 20/Abril/2026	Acta del 21/Abril/2026

	Lucila Moreno	Valoración Integral Psicología y Aplicación escala observacional Adaptada	Lunes 20 de Abril/2026	**Formato Institucional:** Registro De Ejecución, Seguimiento Y Evaluación De Plan De Atención Integral Por Psicología Código: Utsm-For-002 Formato De Valoración Psicológica Adulto Mayor (Escala Observacional Adaptada) Código: UTCJ-FOR-023
	José Jairo Medina Cabrera	Valoración Integral Psicología y Aplicación escala observacional Adaptada	Lunes 20 de Abril/2026	**Formato Institucional:** Registro De Ejecución, Seguimiento Y Evaluación De Plan De Atención Integral Por Psicología Código: Utsm-For-002 Formato De Valoración Psicológica Adulto Mayor (Escala Observacional Adaptada) Código: UTSM-FOR-023
	Manuel Garzón Tovar	Valoración Integral Psicología y Aplicación escala observacional Adaptada	Martes 21/Abril/2026	**Formato Institucional:** Registro De Ejecución, Seguimiento Y Evaluación De Plan De Atención Integral Por Psicología Código: Utsm-For-002 Formato De Valoración Psicológica Adulto Mayor (Escala Observacional

				Adaptada) Código: UTSM-FOR-023
	Pedro Cuenca Cuenca	Valoración Integral Psicología y Aplicación escala observacional Adaptada	Martes 21/Abril/2026	**Formato Institucional:** Registro De Ejecución, Seguimiento Y Evaluación De Plan De Atención Integral Por Psicología Código: Utsm-For-002 Formato De Valoración Psicológica Adulto Mayor (Escala Observacional Adaptada) Código: UTSM-FOR-023
	Orlando Claver	Valoración Integral Psicología y Aplicación escala observacional Adaptada	Martes 21/Abril/2026	**Formato Institucional:** Registro De Ejecución, Seguimiento Y Evaluación De Plan De Atención Integral Por Psicología Código: Utsm-For-002 Formato De Valoración Psicológica Adulto Mayor (Escala Observacional Adaptada) Código: UTSM-FOR-023
	Intervención Neuropsicológica Individual en Estimulación Cognitiva y Sensorial – Sofía Claver	Potenciar la estimulación neurocognitiva, sensorial y motriz fina de la residente, mediante la implementación de actividades terapéuticas estructuradas que favorezcan procesos atencionales, mnésicos, perceptivos y de coordinación visomotora, promoviendo la comunicación no verbal, la autorregulación emocional y la participación activa, en concordancia con su diagnóstico de discapacidad intelectual y auditiva	Miércoles 22/Abril/2026	Acta del 22/Abril/2026

	Celsa Cardenas Albañil	Valoración Integral Psicología y Aplicación escala observacional Adaptada	Miércoles 22/Abril/2026	**Formato Institucional:** Registro De Ejecución, Seguimiento Y Evaluación De Plan De Atención Integral Por Psicología Código: Utsm-For-002 Formato De Valoración Psicológica Adulto Mayor (Escala Observacional Adaptada) Código: UTSM-FOR-023
	Wilson Augusto Avendaño Guzmán	Valoración Integral Psicología y Aplicación escala observacional Adaptada	Miércoles 22/Abril/2026	**Formato Institucional:** Registro De Ejecución, Seguimiento Y Evaluación De Plan De Atención Integral Por Psicología Código: Utsm-For-002 Formato De Valoración Psicológica Adulto Mayor (Escala Observacional Adaptada) Código: UTSM-FOR-023
	Leidy Johana Avendaño Guzmán	Valoración Integral Psicología y Aplicación escala observacional Adaptada	Miércoles 22/Abril/2026	**Formato Institucional:** Registro De Ejecución, Seguimiento Y Evaluación De Plan De Atención Integral Por Psicología Código: Utsm-For-002 Formato De Valoración Psicológica Adulto Mayor (Escala Observacional

				Adaptada) Código: UTSM-FOR-023
	Intervención Neuropsicológica Individual Orientada al Mantenimiento de Habilidades Residuales en Residente con Discapacidad Múltiple – Wilson Augusto Avendaño Guzmán.	Favorecer la estimulación neurocognitiva, sensorial y motora del residente, mediante la implementación de actividades terapéuticas estructuradas y adaptadas, orientadas al mantenimiento de habilidades residuales, la activación de procesos atencionales básicos, la integración sensorial y la promoción del bienestar emocional, en coherencia con su condición de discapacidad múltiple y compromiso funcional severo	Jueves 23 de Abril/2026	Acta del 23/Abril/2026
	Proceso de alistamiento, clasificación y embalaje de materiales en preparación para el traslado institucional a la nueva sede	Facilitar el proceso de traslado institucional mediante el alistamiento, clasificación y embalaje de los materiales del área, promoviendo la organización, el trabajo articulado y la adaptación progresiva al cambio de sede.	Lunes 27 de abril/2026	
	Proceso de alistamiento, clasificación y embalaje de materiales en preparación para el traslado institucional a la nueva sede	Facilitar el proceso de traslado institucional mediante el alistamiento, clasificación y embalaje de los materiales del área, promoviendo la organización, el trabajo articulado y la adaptación progresiva al cambio de sede.	Martes 28 de Abril/2026	



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

Fecha: Lunes 20/Abril/2026
Hora de inicio: 2:00 pm
Hora de finalización: 6:00 Pm
Tema: Intervención Terapéutica Individual de Estimulación Cognitiva, Motriz y Sensorial con el residente Jesús María Vásquez.

1. OBJETIVO DEL ENCUENTRO

Favorecer la estimulación cognitiva, motriz y sensorial del residente mediante actividades terapéuticas dirigidas, que promuevan la coordinación, la atención, la participación activa y el bienestar emocional, teniendo en cuenta sus condiciones de discapacidad intelectual, limitación visual y compromiso en la movilidad.

2. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Se llevó a cabo una intervención individual con el residente Jesús, orientada desde el área de psicología, en la cual se desarrollaron actividades lúdico-terapéuticas adaptadas a sus condiciones físicas y cognitivas.

Inicialmente, se trabajó con balón, donde el residente debía lanzarlo intentando pasarlo a través de aros ubicados a una distancia corta, favoreciendo la coordinación visomotora. Posteriormente, se realizó una segunda actividad con balón, en la que debía rodarlo entre dos palos, promoviendo el control del movimiento y la orientación espacial.

De igual manera, se incluyó una actividad de pintura con témpera, estimulando la expresión emocional y la motricidad fina, y finalmente se trabajó el amasado de plastilina, orientado al fortalecimiento de la fuerza manual, la estimulación táctil y la relajación.

Durante toda la actividad, se contó con acompañamiento permanente de la psicóloga, brindando apoyo físico, guía verbal y refuerzo positivo.

3. METODOLOGÍA

La intervención se desarrolló bajo un enfoque terapéutico, individualizado y centrado en la persona, respetando el ritmo, las capacidades y las limitaciones del residente.

En un primer momento, se adecuó el espacio para garantizar seguridad y comodidad, considerando su uso de silla de ruedas y limitación visual. Posteriormente, se brindaron instrucciones claras, sencillas y acompañadas de modelamiento, facilitando la comprensión de cada actividad.

Durante la ejecución, se proporcionó apoyo constante desde el área de psicología, tanto físico como verbal, favoreciendo la participación activa y reduciendo posibles frustraciones. Se empleó el refuerzo positivo como estrategia principal para motivar la continuidad en la actividad.

Finalmente, se realizó cierre con retroalimentación afectiva, validando el esfuerzo del residente y promoviendo sensaciones de logro.

4. RESULTADOS OBSERVADOS

El residente mostró disposición para participar en las actividades propuestas, evidenciando interés y colaboración dentro de sus posibilidades.

A nivel motor, se observaron dificultades asociadas a la rigidez muscular y limitaciones en la coordinación, sin embargo, logró ejecutar las actividades con apoyo, especialmente en el lanzamiento y rodamiento del balón.

En cuanto al área cognitiva, respondió de manera favorable a las indicaciones simples, requiriendo repetición y acompañamiento. A nivel sensorial, la actividad con plastilina y pintura permitió estimular la percepción táctil y favorecer la interacción con los materiales.

A nivel emocional, se evidenció actitud tranquila, receptiva y mayor conexión con la actividad, mostrando signos de agrado durante la intervención.

5. COMPROMISOS Y SEGUIMIENTO

- Continuar con la implementación de actividades terapéuticas adaptadas que favorezcan la estimulación multisensorial y motriz.
- Mantener el acompañamiento constante durante las intervenciones para garantizar seguridad y adecuada ejecución.
- Fortalecer ejercicios que promuevan la coordinación visomotora y el control de movimientos de manera progresiva.
- Favorecer espacios que estimulen la expresión emocional a través de actividades lúdicas.
- Realizar seguimiento periódico desde el área de psicología para evaluar avances y ajustar estrategias de intervención según la evolución del residente.

6. CONCLUSIONES

La actividad permitió generar un espacio de estimulación integral que favorece no solo aspectos motrices y cognitivos, sino también el bienestar emocional del

residente. A pesar de sus limitaciones físicas y sensoriales, Jesús logra involucrarse en las actividades cuando estas son adaptadas a sus necesidades y se cuenta con acompañamiento constante.

Desde el área de psicología, se resalta la importancia de continuar fortaleciendo este tipo de intervenciones, ya que contribuyen al mantenimiento de habilidades funcionales, promueven la participación activa y mejoran la calidad de vida del adulto mayor, desde un enfoque humanizado e integral.

---

7. FIRMAS

Nombre y Cargo	**Firma**
Leidy Johanna Gaspar **Psicóloga**	

8. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS









Fecha: Martes 21/Abril/2026
Hora de inicio: 2:00 pm
Hora de finalización: 6:00 Pm
Tema: Actividad Grupal de estimulación motora fina y sensorial mediante la técnica de rasgado y boleado de papel para el relleno de imágenes

1. OBJETIVO DEL ENCUENTRO

Promover la rehabilitación y el mantenimiento de las funciones neurocognitivas en el adulto mayor con deterioro, a través de una intervención psicológica estructurada basada en la técnica de rasgado y boleado de papel para el relleno de imágenes (iguana), orientada a fortalecer la atención, la coordinación visomotora, la motricidad fina y la integración sensorial, impactando significativamente en su autonomía, regulación emocional, autoestima y calidad de vida.

2. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

La actividad consiste en la intervención de una imagen guía (iguana) mediante la técnica de rasgado y boleado con papel crepé o seda. Inicialmente, el adulto mayor rasga el material en fragmentos, favoreciendo la prensión fina y el control motor; posteriormente, realiza el boleado con la yema de los dedos para formar esferas que se adhieren dentro del contorno de la figura, promoviendo la coordinación visomotora y la orientación espacial.

Durante el proceso, se brinda acompañamiento terapéutico continuo desde psicología, facilitando el seguimiento de instrucciones, el sostenimiento atencional y la participación activa en un ambiente estructurado y motivador. Se ofrece además apoyo individualizado a quienes presentan dificultades en la destreza manual, garantizando su inclusión y respetando su nivel de autonomía.

La actividad estimula funciones neurocognitivas y psicomotoras como la motricidad fina, la integración sensorial, la atención y la concentración, favoreciendo el bienestar emocional y la participación significativa en el contexto grupal.

3. METODOLOGÍA

La actividad se desarrollará en un ambiente estructurado, seguro y adaptado a las necesidades de los participantes, iniciando con una explicación clara, secuencial y demostrativa de la técnica de rasgado y boleado. Posteriormente, los residentes realizarán el rasgado del papel y el boleado con la yema de los dedos para el relleno de la imagen, contando con acompañamiento terapéutico continuo y refuerzo positivo desde el área de psicología, favoreciendo la adherencia a la tarea y la motivación.

La psicóloga brindará apoyo individualizado a aquellos participantes que presenten dificultades en los procesos de prensión, rasgado y manipulación fina, mediante guía física parcial, modelamiento y orientación verbal, facilitando la ejecución de la actividad. Durante la intervención se evidenciaron limitaciones en la destreza manual en algunos residentes, por lo cual esta actividad se orienta al fortalecimiento progresivo de dichas habilidades, promoviendo la funcionalidad y la autonomía.

Al finalizar, se realizará un espacio de retroalimentación grupal enfocado en el reconocimiento del esfuerzo, el refuerzo de la participación y el fortalecimiento de la autoestima. Esta metodología favorece la estimulación integral de procesos cognitivos, motrices y emocionales, contribuyendo al mantenimiento de habilidades funcionales, la activación neurocognitiva y la participación significativa de los adultos mayores en un contexto grupal.

4. RESULTADOS OBSERVADOS

Durante el desarrollo de la actividad se evidenció una adecuada participación por parte de la mayoría de los adultos mayores, quienes lograron seguir instrucciones simples y mantenerse en la tarea con apoyo verbal y acompañamiento terapéutico. Se observó interés, disposición y motivación frente a la actividad, especialmente en la fase de boleado y relleno de la imagen.

A nivel motor, algunos participantes presentaron dificultades en la prensión fina, el rasgado del papel y la coordinación visomotora, requiriendo guía parcial y modelamiento. Adicionalmente, se observó que algunos residentes presentan artrosis en sus manos, lo cual generó limitaciones en la movilidad, rigidez y disminución de la fuerza al momento de realizar el rasgado y el boleado del papel, dificultando parcialmente la ejecución de la actividad. No obstante, con el acompañamiento terapéutico y las adaptaciones realizadas, lograron participar de acuerdo con sus capacidades.

En el área cognitiva, se logró estimular la atención sostenida, la concentración y el seguimiento de instrucciones, mientras que en el componente emocional se observó expresión de satisfacción, agrado por la actividad y fortalecimiento de la autoestima al finalizar la tarea. La interacción grupal favoreció además la socialización y el sentido de pertenencia.

Se resalta la importancia del área de psicología en la implementación de este tipo de actividades, ya que permite estructurar intervenciones intencionadas que no solo estimulan funciones cognitivas y motoras, sino que también impactan de manera

significativa en el bienestar emocional, la motivación y la calidad de vida de los residentes. El acompañamiento terapéutico constante facilita la adaptación de las estrategias según las necesidades individuales, promoviendo la participación activa, el mantenimiento de habilidades funcionales y el fortalecimiento de la autonomía en el adulto mayor.

5. COMPROMISOS Y SEGUIMIENTO

- Dar continuidad al plan de intervención desde el área de psicología, mediante la implementación periódica de actividades de estimulación cognitiva, motora y emocional, ajustadas a las capacidades y necesidades de los residentes.
- Realizar seguimiento individual a los adultos mayores que presentan mayores dificultades en la motricidad fina, especialmente aquellos con presencia de artrosis en las manos, con el fin de fortalecer progresivamente la prensión, la coordinación visomotora y la funcionalidad manual.
- Incorporar ejercicios terapéuticos específicos que favorezcan la movilidad y disminuyan la rigidez articular, tales como actividades de pinza digital, ensartado, modelado con materiales maleables y otras estrategias de estimulación manual.
- Promover espacios grupales que fortalezcan la participación activa, la interacción social y el bienestar emocional, mediante el uso de refuerzo positivo, motivación constante y acompañamiento terapéutico.
- Garantizar un acompañamiento individualizado durante las actividades, respetando el ritmo, las capacidades y el nivel de autonomía de cada residente.
- Mantener la articulación con el equipo interdisciplinario, con el propósito de brindar una atención integral que responda a las necesidades físicas, cognitivas y emocionales de los adultos mayores.
- Favorecer el mantenimiento de la autonomía y la funcionalidad en las actividades de la vida diaria, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de los residentes.

6. CONCLUSIONES

La actividad de rasgado y boleado de papel se consolida como una estrategia terapéutica efectiva para la estimulación de funciones neurocognitivas y psicomotoras en el adulto mayor con deterioro, permitiendo fortalecer habilidades como la atención, la coordinación visomotora y la motricidad fina, a través de una metodología estructurada y adaptada a las capacidades individuales.

Se evidenció que, a pesar de las limitaciones físicas presentes en algunos residentes, como la artrosis en las manos, es posible favorecer su participación mediante acompañamiento terapéutico, adaptaciones y refuerzo positivo, promoviendo así la inclusión, la funcionalidad y el mantenimiento de la autonomía.

Asimismo, se destaca el papel fundamental del área de psicología en el diseño e implementación de este tipo de intervenciones, ya que no solo se orienta al fortalecimiento de procesos cognitivos y motores, sino que también genera un impacto significativo en el bienestar emocional, la motivación y la autoestima de los residentes. Estas acciones contribuyen al mantenimiento de habilidades funcionales, al envejecimiento activo y a la mejora en la calidad de vida.

En conclusión, la continuidad de estas actividades, desde un enfoque integral y humanizado, resulta clave para potenciar la participación significativa de los adultos mayores, favoreciendo su desarrollo personal y su adaptación al entorno institucional.

---

7. FIRMAS

Nombre y Cargo	**Firma**
Leidy Johanna Gaspar **Psicóloga**	

8. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS









Fecha: Miércoles 22/Abril/2026
Hora de inicio: 2:00 pm
Hora de finalización: 6:00 Pm
Tema: Intervención Neuropsicológica Individual en Estimulación Cognitiva y Sensorial – Sofía Claver

1. OBJETIVO DEL ENCUENTRO

Potenciar la estimulación neurocognitiva, sensorial y motriz fina de la residente, mediante la implementación de actividades terapéuticas estructuradas que favorezcan procesos atencionales, mnésicos, perceptivos y de coordinación visomotora, promoviendo la comunicación no verbal, la autorregulación emocional y la participación activa, en concordancia con su diagnóstico de discapacidad intelectual y auditiva.

2. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Se llevó a cabo una intervención individual desde el área de psicología con la residente Sofía, orientada a la estimulación integral de funciones neurocognitivas a través de actividades lúdico-terapéuticas adaptadas.

Las tareas desarrolladas incluyeron actividades de coloreado, rasgado y boleado de papel seda para la decoración de una imagen, así como la aplicación de pintura con témpera sobre una figura de madera. Estas actividades se diseñaron con el propósito de estimular procesos neurocognitivos como la atención sostenida, la memoria de trabajo, la coordinación visomotora, la integración sensorial y la planeación motora.

Adicionalmente, se favoreció la activación de funciones ejecutivas básicas, tales como el seguimiento de instrucciones, la secuenciación de acciones y el control inhibitorio, así como la estimulación de la memoria procedimental a través de la repetición guiada de las tareas.

Durante toda la actividad se brindó acompañamiento constante, utilizando comunicación gestual, modelamiento conductual y apoyos visuales, en coherencia con su estilo comunicativo no verbal.

3. METODOLOGÍA

La intervención se fundamentó en un enfoque terapéutico, individualizado y centrado en la persona, orientado a la estimulación neuropsicológica funcional.

En una fase inicial, se estructuró el ambiente con el fin de minimizar distractores y favorecer la focalización atencional. Posteriormente, se implementaron instrucciones

segmentadas, claras y apoyadas en claves visuales y gestuales, facilitando la decodificación de la información.

Durante la ejecución, se emplearon estrategias de andamiaje, modelamiento y reforzamiento positivo, con el fin de sostener la motivación intrínseca, promover la adherencia a la tarea y disminuir la sobrecarga cognitiva.

Las actividades fueron planteadas de manera secuencial, permitiendo la activación progresiva de redes neurocognitivas implicadas en la percepción, la memoria, la motricidad fina y la integración sensorial. Finalmente, se realizó un cierre con retroalimentación afectiva, fortaleciendo la percepción de autoeficacia y el vínculo terapéutico.

4. RESULTADOS OBSERVADOS

La residente evidenció adecuada disposición conductual, con actitud colaboradora y receptiva frente a las demandas de la actividad, logrando involucrarse activamente dentro de sus capacidades funcionales.

A nivel neurocognitivo, se observaron dificultades en los procesos mnésicos, especialmente en la memoria de trabajo y memoria episódica, lo cual se manifestó en la necesidad de repetición constante de instrucciones. No obstante, respondió favorablemente a estímulos visuales y a la segmentación de tareas, facilitando la ejecución.

En relación con los procesos atencionales, se evidenció mantenimiento parcial de la atención sostenida durante periodos cortos, requiriendo redireccionamiento en algunos momentos.

A nivel praxico y visomotor, logró realizar actividades de rasgado, boleado y aplicación de pintura con apoyo, evidenciando activación de la coordinación motriz fina y la integración sensorial.

En el componente emocional, se observó estabilidad afectiva, expresión de agrado y vinculación positiva con la actividad, lo que sugiere impacto favorable en su bienestar psicológico.

5. COMPROMISOS Y SEGUIMIENTO

- Continuar con programas de estimulación neurocognitiva orientados al fortalecimiento de la memoria, la atención y las funciones ejecutivas básicas.

- Mantener el uso de estrategias de intervención basadas en apoyos visuales, comunicación gestual e instrucciones segmentadas.
- Favorecer la repetición estructurada de actividades para estimular la memoria procedimental y la consolidación de aprendizajes.
- Implementar actividades que promuevan la integración sensorial y la coordinación visomotora de manera progresiva.
- Realizar seguimiento continuo desde el área de psicología, con el fin de evaluar la evolución funcional y ajustar los objetivos terapéuticos.

6. CONCLUSIONES

La intervención evidenció que, a pesar del compromiso en los procesos de memoria y las limitaciones comunicativas, la residente presenta capacidad de respuesta ante estrategias de estimulación neurocognitiva adaptadas, especialmente aquellas que integran componentes visuales, gestuales y repetitivos.

Desde el área de psicología, se resalta la importancia de sostener intervenciones estructuradas que favorezcan la activación y mantenimiento de funciones cognitivas, así como la regulación emocional y la participación activa, contribuyendo de manera significativa a su calidad de vida y funcionalidad dentro de su entorno.

7. FIRMAS

Nombre y Cargo

Leidy Johanna Gaspar
Psicóloga

Firma



8. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

<table>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</table>

Fecha: Jueves 23/Abril/2026
Hora de inicio: 2:00 pm
Hora de finalización: 6:00 Pm
Tema: Intervención Neuropsicológica Individual Orientada al Mantenimiento de Habilidades Residuales en Residente con Discapacidad Múltiple – Wilson Augusto Avendaño Guzmán.

---

1. OBJETIVO DEL ENCUENTRO

Favorecer la estimulación neurocognitiva, sensorial y motora del residente, mediante la implementación de actividades terapéuticas estructuradas y adaptadas, orientadas al mantenimiento de habilidades residuales, la activación de procesos atencionales básicos, la integración sensorial y la promoción del bienestar emocional, en coherencia con su condición de discapacidad múltiple y compromiso funcional severo.

---

2. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Se llevó a cabo una intervención individual desde el área de psicología con el residente Wilson, orientada a la estimulación de funciones neuropsicológicas básicas y al mantenimiento de capacidades funcionales conservadas.

La intervención incluyó actividades de coloreado, rasgado y boleado de papel seda para la decoración de una imagen, con el propósito de estimular la motricidad fina, la percepción táctil y la coordinación visomotora. De manera complementaria, se desarrollaron ejercicios con balón, promoviendo su rodamiento entre dos palos, favoreciendo la direccionalidad del movimiento, la orientación espacial y la respuesta motora guiada.

Asimismo, se implementó una actividad con conos y aros, en la que el residente debía seleccionar y arrastrar cada cono hacia sí mismo mediante el uso del aro, estimulando la intencionalidad motora, la coordinación óculo-manual y la respuesta a estímulos visuales.

Estas actividades fueron diseñadas para activar procesos neurocognitivos básicos como la atención sostenida en nivel elemental, la memoria de trabajo a corto plazo, la integración sensorial y la ejecución de secuencias simples de acción, considerando sus capacidades residuales.

---

3. METODOLOGÍA

La intervención se desarrolló bajo un enfoque neuropsicológico, individualizado y centrado en la funcionalidad, priorizando la estimulación de habilidades residuales y la adaptación a sus condiciones motoras y cognitivas.

En una fase inicial, se estructuró el ambiente terapéutico garantizando condiciones de accesibilidad, seguridad y reducción de estímulos distractores. Las consignas fueron presentadas de manera clara, segmentada y apoyadas en modelamiento conductual, facilitando la comprensión a través de canales sensoriales alternativos.

Durante la ejecución, se implementaron estrategias de andamiaje terapéutico, guía física asistida, repetición estructurada y reforzamiento positivo, favoreciendo la adherencia a la tarea, la activación conductual y la regulación emocional.

La intervención se desarrolló de manera secuencial, permitiendo la activación progresiva de circuitos neurocognitivos implicados en la percepción, la acción y la respuesta al estímulo.

El cierre incluyó retroalimentación afectiva, fortaleciendo el vínculo terapéutico y la percepción de bienestar.

---

4. RESULTADOS OBSERVADOS

El residente evidenció disposición conductual favorable, con actitud colaboradora y receptiva frente a la intervención, dentro de sus limitaciones funcionales.

A nivel neurocognitivo, se confirma compromiso significativo en funciones como la atención, la memoria y el lenguaje; no obstante, se observaron respuestas básicas a estímulos sensoriales, lo que permitió la ejecución de las actividades con apoyo permanente.

En los procesos atencionales, se logró una focalización breve, requiriendo redireccionamiento constante. En cuanto a la memoria, se evidenció dificultad en la retención de consignas, mostrando mejor desempeño ante la repetición y el modelamiento.

A nivel motor, el residente logró ejecutar respuestas dirigidas mediante guía física, evidenciando activación de patrones motores básicos en actividades como el rodamiento del balón y el arrastre de conos.

En el componente emocional, se observó estabilidad afectiva, adecuada tolerancia a la intervención y ausencia de conductas disruptivas, lo cual favorece el proceso terapéutico.

5. COMPROMISOS Y SEGUIMIENTO

- Dar continuidad a programas de estimulación neurocognitiva centrados en el mantenimiento de habilidades residuales.
- Implementar actividades multisensoriales que favorezcan la integración sensorial y la respuesta adaptativa al entorno.
- Mantener estrategias de intervención basadas en modelamiento, guía física e instrucciones segmentadas.
- Favorecer la repetición estructurada para estimular la memoria procedimental.
- Realizar seguimiento interdisciplinario desde el área de psicología para ajustar el plan de intervención.
- Promover espacios terapéuticos orientados al bienestar emocional y la calidad de vida.

6. CONCLUSIONES

Se evidencia que, pese al compromiso neurocognitivo y motor, el residente conserva habilidades residuales que le permiten, bajo acompañamiento terapéutico permanente, ejecutar tareas dirigidas y responder a estímulos estructurados, lo cual constituye un indicador favorable para la implementación de procesos de estimulación neuropsicológica.

La intervención permitió identificar que, a pesar del compromiso funcional severo, el residente presenta capacidad de respuesta a estímulos sensoriales básicos, facilitando la activación de conductas dirigidas y la interacción con el entorno desde sus posibilidades.

Desde el área de psicología, se resalta la relevancia de sostener intervenciones estructuradas, repetitivas y adaptadas, orientadas a la estimulación de funciones cognitivas básicas, la integración sensorial y la regulación emocional, favoreciendo la activación de circuitos neurocognitivos y el mantenimiento funcional.

En este sentido, dichas acciones terapéuticas contribuyen no solo al fortalecimiento y preservación de habilidades residuales, sino también al bienestar psicológico del residente, promoviendo un acompañamiento humanizado, digno y centrado en la persona, que impacta positivamente en su calidad de vida.

7. FIRMAS

Nombre y Cargo	Firma
Leidy Johanna Gaspar **Psicóloga**	

8. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS



AL S
15
ionter



1. DATOS GENERALES



Nombre del residente: Lucila Moreno
Edad: 95 **Sexo:** Femenino
Fecha de valoración: Lunes 20/ Abril/ 2026

2. METODOLOGÍA

___x____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x____ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas		X	
	Se ubica en el lugar donde está	X		
	Identifica el día o momento del día		X	
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades			X
	Se distrae con facilidad		X	
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	X		
	Recuerda información personal	X		
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible	x		
	Usa gestos o señas para comunicarse			X
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a			X
	Presenta tristeza o llanto		X	
	Se muestra alegre o participativo/a			X
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas	X		
	Coopera con cuidadores			X
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes			X
	Participa en actividades grupales			X
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente			X
	Requiere ayuda para higiene/vestido			X
	Se moviliza de forma independiente	X		

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: **23**/ 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

El puntaje obtenido (23/40) ubica a la usuaria en un nivel de dependencia funcional moderada, lo cual es consistente con el perfil descrito en la valoración inicial. Se evidencia compromiso significativo en el funcionamiento cognitivo, especialmente en memoria, orientación y lenguaje, con predominio de

comunicación no verbal, así como dificultades en la autonomía para la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria. A pesar de estas limitaciones, se identifican respuestas conductuales y emocionales estables, así como capacidad de cooperación y adecuada respuesta a la estimulación asistida, lo que favorece su participación en actividades terapéuticas. La presencia de capacidades residuales, particularmente en la respuesta a consignas simples y vinculación al entorno bajo mediación, constituye un elemento clave para la intervención.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

Durante la valoración, la usuaria se muestra alerta, con actitud tranquila y conducta regulada, evidenciando bajo nivel de iniciativa espontánea. Requiere acompañamiento constante para la ejecución de actividades, respondiendo de manera favorable a la guía estructurada y al refuerzo positivo. Se observa predominio de comunicación no verbal, mediante gestos y respuestas corporales, con limitaciones importantes en la expresión verbal. A nivel emocional, mantiene estabilidad afectiva general, aunque se registran episodios ocasionales de tristeza o llanto, sin causa claramente identificable. En el componente funcional, presenta dependencia en el autocuidado y movilidad asistida, haciendo uso de silla de ruedas. No obstante, se evidencia adecuada adherencia a las actividades cuando se le brinda acompañamiento, así como disposición favorable ante la estimulación.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

Usuaria con compromiso cognitivo severo en el contexto de discapacidad intelectual y envejecimiento, que cursa con dependencia funcional moderada–alta, evidenciando limitaciones en la autonomía, comunicación y adaptación al entorno. Presenta pensamiento concreto, alteración en funciones ejecutivas, memoria y orientación, con predominio de lenguaje no verbal funcional. A nivel emocional, mantiene tono afectivo eutímico con labilidad leve ocasional, sin presencia de conductas disruptivas. Se destacan capacidades residuales conservadas, especialmente en la respuesta a estímulos, cooperación y seguimiento de instrucciones simples, lo que permite su vinculación a procesos terapéuticos asistidos.

7. CONCLUSIONES GENERALES

La usuaria presenta un nivel de funcionamiento caracterizado por dependencia moderada, con compromiso significativo en el área cognitiva y funcional, que limita su desempeño autónomo en la vida diaria. No obstante, conserva habilidades residuales que favorecen su participación en actividades estructuradas, especialmente cuando cuenta con acompañamiento y mediación terapéutica. Su estabilidad emocional y ausencia de conductas disruptivas facilitan la intervención desde el área de psicología. Se resalta la importancia de mantener intervenciones continuas, estructuradas e individualizadas, orientadas a la estimulación cognitiva, regulación emocional y fortalecimiento de la participación asistida, con el fin de preservar habilidades, promover el bienestar y mejorar su calidad de vida dentro del entorno institucional.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Lucila Moreno
GENERO	Femenino
DOCUMENTO	37.080.578
EDAD	95
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	16/Enero/1931
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin Dato
DIAGNOSTICO	Discapacidad Intelectual
ESTADO CIVIL	Soltera
CONYUGUE	Sin Dato
NÚMEROS DE HIJOS	Sin Dato
ACUDIENTE	Sin Dato
TELÉFONO	Sin Dato
FECHA DE VALORACIÓN	Lunes 20 de Abril/2026

CONDICIONES GENERALES
Usuaria adulta mayor en estado de vigilia conservado, con actitud tranquila y conducta regulada. A nivel afectivo, presenta tono emocional eutímico, sin evidencias de desregulación conductual. Durante la interacción establece contacto visual funcional y muestra respuesta a estímulos del entorno, logrando seguir instrucciones simples. Desde el componente neurocognitivo, se evidencia compromiso significativo en el funcionamiento global, con baja iniciativa y participación espontánea, requiriendo mediación externa para la ejecución de actividades. En el ámbito físico-funcional, se observa dependencia elevada, tanto a nivel motor como cognitivo. Presenta alteración en la marcha, con requerimiento de apoyo técnico permanente para la movilidad (silla de ruedas). Se identifica contextura delgada, edentulismo total y alteración en el control de esfínteres, lo que implica asistencia continua en el autocuidado. A pesar de la condición de dependencia, mantiene adecuadas condiciones de higiene y presentación personal, asociadas al cuidado institucional. Durante la valoración se muestra alerta, con actitud pasiva y bajo nivel de iniciativa, evidenciando necesidad de acompañamiento constante para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	La usuaria se encuentra en manejo farmacológico continuo, conforme a prescripción médica vigente y seguimiento por la EPS, lo que evidencia control clínico de su condición de base.
Autonomía E Independencia	Se identifica un alto nivel de dependencia funcional, con compromiso en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Requiere asistencia permanente para su autocuidado y hace uso de ayuda técnica para la movilidad (silla

	de ruedas), lo que indica limitación significativa en la autonomía motora.
Control De Esfínteres	No Conservado

AREA FAMILIAR

Se evidencia ausencia de red de apoyo sociofamiliar activa, sin registros de contacto, interacción o visitas recientes, lo que indica una desvinculación afectiva y social significativa. Esta condición configura un escenario de alta vulnerabilidad psicosocial, al no contar con figuras externas de referencia que aporten sostén emocional, acompañamiento social o soporte económico. Ante esta situación, la institución Hogar San Matías asume un rol sustitutivo y protector, consolidándose como la principal red de apoyo de la usuaria. Desde este contexto, se garantiza una atención integral, continua y estructurada, orientada a la cobertura de sus necesidades básicas, emocionales y sociales. En este sentido, el entorno institucional no solo compensa la ausencia de soporte familiar, sino que actúa como un espacio de contención, cuidado y acompañamiento terapéutico, favoreciendo el bienestar, la estabilidad emocional y la calidad de vida de la usuaria.

AREA SOCIAL

De acuerdo con su nivel de funcionamiento, la usuaria establece una vinculación básica con el entorno, mediada por sus capacidades cognitivas y funcionales. Su interacción no es espontánea, pero se activa en presencia de estimulación y acompañamiento externo. Se observa participación en actividades psicosociales y terapéuticas bajo modalidad asistida, evidenciando respuestas afectivas favorables, como expresiones de agrado, disposición y mayor activación durante la intervención. Estas dinámicas constituyen un recurso terapéutico relevante para la estimulación global y el bienestar, por lo que se recomienda sostener e intensificar su inclusión, favoreciendo la regularidad, permanencia y adherencia a las actividades, como estrategia orientada a la conservación de capacidades residuales y mejora de la calidad de vida.

AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL

La usuaria presenta un tono afectivo predominantemente eutímico, con adecuada modulación conductual. Durante la interacción establece contacto visual funcional y muestra reactividad a estímulos del entorno, logrando ejecutar consignas simples. A nivel comunicativo, se evidencia compromiso significativo en la expresión verbal, con ausencia de lenguaje oral estructurado funcional. Predomina un sistema de comunicación no verbal, mediante señalamientos, gestos y respuestas corporales, los cuales constituyen su principal medio de interacción con el entorno. En el plano cognitivo, se observa pensamiento de carácter concreto y de baja complejidad, coherente con su condición de base. Se identifican alteraciones significativas en funciones cognitivas superiores, incluyendo funciones ejecutivas, memoria y orientación, con conservación parcial de la orientación autopsíquica (persona) y compromiso en la orientación alopsíquica

(tiempo y espacio). Asimismo, se evidencian limitaciones en la capacidad de introspección y prospección, lo que impacta la autopercepción y la planificación conductual. En el componente afectivo, aunque predomina la estabilidad emocional, se registran episodios ocasionales de tristeza o llanto de aparición no siempre asociada a estímulos identificables, lo que sugiere labilidad afectiva leve.

En cuanto a funciones básicas, mantiene patrones de alimentación y sueño conservados, lo que contribuye a su estabilidad clínica y emocional general.

TECNICAS DE VALORACION

- Observación directa estructurada
- Entrevista a cuidadores (informantes clave)
- Escalas observacionales adaptadas

Áreas evaluadas:

- Calidad de vida
- Nivel funcional
- Estado emocional (bienestar/malestar)
- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador)

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS

Se configura un perfil de funcionamiento con dependencia funcional elevada, en el contexto de compromiso cognitivo de alta severidad, asociado a discapacidad intelectual y proceso de envejecimiento, lo que impacta de manera significativa la autonomía, la comunicación y el procesamiento de la información. Desde el componente conductual y emocional, se evidencia estabilidad relativa, sin manifestaciones de desregulación ni conductas disruptivas, lo que favorece su adaptación y manejo dentro del entorno institucional. Asimismo, se observan respuestas favorables ante la estimulación asistida, lo que indica la presencia de capacidades residuales, susceptibles de ser activadas y sostenidas mediante intervenciones terapéuticas estructuradas y continuas, orientadas al mantenimiento funcional y al bienestar general.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Se configura un cuadro de compromiso cognitivo severo, en el contexto de discapacidad intelectual asociada al envejecimiento avanzado, caracterizado por afectación global en los procesos cognitivos, comunicativos y adaptativos. La usuaria presenta dependencia funcional elevada, con limitaciones significativas en la autonomía, la movilidad y la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria, requiriendo asistencia permanente. A nivel cognitivo, se evidencian alteraciones en funciones ejecutivas, memoria, orientación y lenguaje, con predominio de comunicación no verbal funcional. Desde el componente emocional, mantiene estabilidad afectiva general, con presencia ocasional de labilidad emocional leve (episodios de tristeza o llanto), sin evidencia de desregulación conductual persistente. Se identifican capacidades residuales conservadas, especialmente en la respuesta a estímulos y seguimiento de consignas simples, lo que permite su vinculación a procesos terapéuticos asistidos.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO
• Estimulación cognitiva básica: Actividades orientadas a fortalecer atención, memoria y seguimiento de instrucciones simples, mediante ejercicios repetitivos y estructurados. • Intervención en comunicación no verbal: Fortalecimiento de canales alternativos de comunicación (gestos, miradas, respuestas corporales), facilitando la expresión de necesidades. • Estimulación psicomotriz: Actividades adaptadas que favorezcan la coordinación, lateralidad y esquema corporal, de acuerdo con su nivel funcional. • Estimulación sensorial: Uso de estímulos visuales, táctiles y auditivos, orientados a favorecer la activación y conexión con el entorno. • Regulación emocional: Aplicación de estrategias de contención, validación emocional y acompañamiento terapéutico, especialmente ante episodios de tristeza o llanto. • Estructuración de rutinas: Organización de actividades en secuencias predecibles, favoreciendo la orientación y la seguridad emocional. • Acompañamiento terapéutico continuo: Presencia constante del área de psicología para facilitar la participación, sostener la actividad y promover el bienestar. • Apoyo en ABVD: Trabajo articulado con el equipo asistencial para garantizar el cuidado integral y el mantenimiento de habilidades funcionales básicas. • Trabajo interdisciplinario: Coordinación permanente con el equipo institucional para un manejo integral, coherente y continuo del caso.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

1. DATOS GENERALES



Nombre del residente: José Jairo Medina Cabrera
Edad: 75 **Sexo:** Masculino
Fecha de valoración: Lunes 20/ Abril/ 2026

2. METODOLOGÍA

___x____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x____ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas			X
	Se ubica en el lugar donde está	X		
	Identifica el día o momento del día	X		
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades		X	
	Se distrae con facilidad			X
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	X		
	Recuerda información personal		X	
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible		X	
	Usa gestos o señas para comunicarse		X	
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a			X
	Presenta tristeza o llanto	X		
	Se muestra alegre o participativo/a	X		
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas		X	
	Coopera con cuidadores			X
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes			X
	Participa en actividades grupales			X
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente	X		
	Requiere ayuda para higiene/vestido		X	
	Se moviliza de forma independiente		X	

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: **19** / 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

El puntaje obtenido (19/40) ubica al residente en un nivel de dependencia funcional moderada, lo cual resulta consistente con la valoración inicial, donde se describe un compromiso cognitivo severo con repercusión significativa en la autonomía y el desempeño adaptativo. Se evidencian dificultades marcadas en orientación, memoria, atención y comunicación, con predominio de lenguaje no verbal y limitaciones en el seguimiento de instrucciones. A nivel conductual, se observan fluctuaciones en la regulación emocional, con presencia ocasional de conductas heteroagresivas y respuestas ansiosas, especialmente en contextos específicos como la alimentación. No obstante, el residente presenta capacidad de cooperación, respuesta a la estimulación y participación bajo mediación, lo que evidencia la existencia de habilidades residuales que pueden ser fortalecidas mediante intervenciones estructuradas. La presencia de red familiar intermitente actúa como factor protector en su estabilidad emocional.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

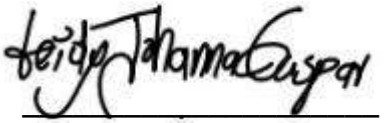
Durante la valoración, el residente se muestra alerta, con actitud tranquila y conducta generalmente regulada, aunque con bajo nivel de iniciativa espontánea. Mantiene contacto visual parcial y responde de manera limitada a estímulos del entorno. Se evidencia predominio de comunicación no verbal, con emisiones sonoras no estructuradas y respuestas corporales, lo que restringe la interacción funcional. A nivel cognitivo, presenta dificultades significativas en la comprensión, atención y orientación, requiriendo guía constante. En el componente conductual, se observan episodios ocasionales de desregulación, incluyendo conductas heteroagresivas y ansiedad, principalmente en situaciones de demanda o durante la alimentación. No obstante, se muestra colaborador cuando se le brinda acompañamiento estructurado. En el ámbito funcional, presenta dependencia en ABVD, con desplazamiento limitado y supervisado. Mantiene adecuadas condiciones de higiene y presentación personal, asociadas al cuidado institucional.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

Residente con compromiso cognitivo global severo en el contexto de discapacidad intelectual, que cursa con dependencia funcional moderada–alta, evidenciando limitaciones significativas en la autonomía, comunicación y adaptación al entorno. Presenta alteraciones en funciones ejecutivas, memoria, orientación y lenguaje, con predominio de comunicación no verbal funcional. A nivel emocional, mantiene estabilidad basal, con presencia ocasional de desregulación conductual, manifestada en ansiedad y conductas heteroagresivas en contextos específicos. Se identifican capacidades residuales conservadas, especialmente en la respuesta a estímulos, cooperación y vinculación asistida, lo que favorece su participación en procesos terapéuticos estructurados.

7. CONCLUSIONES GENERALES

El residente presenta un nivel de funcionamiento caracterizado por dependencia moderada, con compromiso significativo en el área cognitiva y conductual, que limita su desempeño autónomo en la vida diaria. A pesar de las dificultades, conserva habilidades residuales que permiten su participación bajo acompañamiento, evidenciando respuesta positiva a la estimulación y a la mediación terapéutica. La estabilidad emocional relativa, junto con la presencia de red familiar intermitente, favorecen su adaptación al entorno institucional. No obstante, se requiere intervención continua, estructurada e interdisciplinaria, orientada a la regulación conductual, estimulación cognitiva y fortalecimiento de la participación asistida, con el fin de mantener habilidades, promover el bienestar y mejorar su calidad de vida.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	José Jairo Medina Cabrera
GENERO	Masculino
DOCUMENTO	121190031
EDAD	75
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	27/Agosto/1950
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin Escolaridad
DIAGNOSTICO	Discapacidad Intelectual
ESTADO CIVIL	Soltero
CONYUGUE	Sin Dato
NÚMEROS DE HIJOS	Sin Dato
ACUDIENTE	Elsa Medina (Hermana)
TELÉFONO	3223817345 -8662242
FECHA DE VALORACIÓN	Lunes 20 de Abril/2026

CONDICIONES GENERALES
Adulto mayor en estado de vigilia conservado, con actitud tranquila y tono afectivo eutímico, evidenciando estabilidad conductual. Durante la interacción mantiene contacto visual parcial y se muestra colaborador y receptivo dentro de sus posibilidades funcionales. A nivel neurocognitivo, se identifica desorientación global y compromiso en los procesos de comprensión, lo que limita el seguimiento de instrucciones y la adherencia a consignas. En el componente comunicativo, presenta alteración del lenguaje, con predominio de comunicación no verbal, manifestada mediante emisiones sonoras no estructuradas y respuestas corporales. En el ámbito físico-funcional, se evidencia dependencia en las actividades básicas de la vida diaria, con alteración en la marcha asociada a su condición cognitiva. Aunque logra desplazarse de forma limitada por sus propios medios, requiere supervisión. Se observa contextura delgada, edentulismo total y alteración en el control de esfínteres, lo que implica apoyo en el autocuidado. A pesar de su condición clínica, mantiene adecuadas condiciones de higiene, presentación personal y organización general, acordes a su edad y al cuidado institucional.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	El residente se encuentra en manejo farmacológico continuo, conforme a prescripción médica vigente y seguimiento por la EPS, lo que evidencia control y supervisión clínica de su condición de base.
Autonomía E Independencia	Se evidencia dependencia funcional total, con compromiso global en la ejecución de las ABVD. Requiere asistencia permanente y acompañamiento continuo para su autocuidado y funcionamiento cotidiano, lo que indica limitación significativa en su autonomía adaptativa.
Control De Esfínteres	No conservado

AREA FAMILIAR
Se observa preservación del vínculo con su sistema de apoyo primario, manifestado en presencia intermitente de familiares significativos, especialmente la figura fraterna, lo que constituye un elemento modulador positivo en su estado emocional, contribuyendo a la percepción de acompañamiento y contención afectiva.

AREA SOCIAL
Se evidencia compromiso significativo en la competencia social, con ausencia de habilidades de interacción funcional. Durante las actividades psicosociales, cognitivas y físicas se observa inquietud psicomotora y dificultad para sostener la atención, con marcada dispersión atencional. La vinculación a las actividades es limitada y dependiente de mediación externa, logrando incrementarse únicamente mediante acompañamiento constante y guía estructurada. Según reporte del personal asistencial, se presentan de manera ocasional episodios de desregulación conductual, caracterizados por conductas heteroagresivas. Asimismo, durante los momentos de alimentación se evidencia incremento en la activación conductual, manifestado en inquietud y respuestas ansiosas, posiblemente asociadas a dificultades en la regulación emocional y anticipación de la actividad.
AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL
El residente presenta un tono afectivo predominantemente eutímico, con adecuada modulación conductual en condiciones basales. Durante la interacción establece contacto visual parcial y evidencia reactividad a estímulos del entorno, aunque con limitaciones en la comprensión y ejecución de consignas. A nivel comunicativo, se identifica alteración significativa del lenguaje, con ausencia de lenguaje verbal estructurado funcional, predominando un sistema de comunicación no verbal, mediante emisiones sonoras y respuestas corporales, lo que restringe la interacción simbólica. En el componente cognitivo, se observa desorganización global de la orientación, con compromiso en la orientación autopsíquica y alopsíquica, así como alteraciones en procesos atencionales, memoria y funciones ejecutivas, evidenciando dificultades en la planificación, el control conductual y el procesamiento de la información. El pensamiento se caracteriza por ser concreto y de baja complejidad. Desde el componente emocional, aunque predomina la estabilidad, se evidencian episodios ocasionales de desregulación, asociados a situaciones específicas como la alimentación, donde se incrementa la ansiedad y la activación conductual. Asimismo, según reporte, pueden presentarse conductas heteroagresivas, relacionadas con dificultades en la comunicación y la autorregulación.
TECNICAS DE VALORACION
• Observación directa estructurada • Entrevista a cuidadores (informantes clave) • Escalas observacionales adaptadas **Áreas evaluadas:** • Calidad de vida • Nivel funcional • Estado emocional (bienestar/malestar) • Conductas adaptativas • Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador)
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS
Se configura un perfil de funcionamiento con compromiso cognitivo severo, en el contexto de discapacidad intelectual, que impacta de manera significativa la autonomía, la comunicación y la adaptación al entorno. El residente presenta dependencia funcional total, con limitaciones en la ejecución de actividades básicas de la vida diaria, coherente con el nivel de deterioro observado. A nivel conductual, se identifican fluctuaciones en la regulación emocional, con presencia ocasional de conductas desadaptativas, especialmente en contextos de demanda o cambios en la rutina. No obstante, se evidencian respuestas a la estimulación externa y capacidad de vinculación bajo mediación, lo que indica la presencia de habilidades residuales que pueden ser fortalecidas mediante intervenciones estructuradas.

La presencia de red familiar intermitente actúa como factor protector, contribuyendo a su estabilidad emocional y percepción de apoyo.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Residente con compromiso cognitivo global severo, en el marco de discapacidad intelectual, caracterizado por alteraciones significativas en los procesos de orientación, memoria, lenguaje y funciones ejecutivas, con predominio de comunicación no verbal. Presenta dependencia funcional total, con limitaciones en la autonomía y necesidad de asistencia permanente en las actividades básicas de la vida diaria. A nivel conductual y emocional, evidencia estabilidad basal con episodios ocasionales de desregulación, incluyendo ansiedad en situaciones específicas y conductas heteroagresivas, asociadas a dificultades en la autorregulación y comprensión del entorno. Se identifican capacidades residuales, especialmente en la respuesta a estímulos y vinculación asistida, que permiten su inclusión en procesos terapéuticos estructurados.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO

Estimulación cognitiva básica: Actividades orientadas a fortalecer **atención, respuesta a estímulos y seguimiento de consignas simples**, mediante ejercicios repetitivos y estructurados.
Intervención en comunicación no verbal: Fortalecimiento de **canales alternativos de comunicación** (gestos, miradas, respuestas corporales), favoreciendo la expresión de necesidades y disminuyendo la frustración.
Regulación conductual: Aplicación de **refuerzo positivo, modelamiento y redirección**, especialmente en episodios de ansiedad o conductas heteroagresivas.
Manejo de ansiedad en alimentación: Implementación de **rutinas estructuradas, anticipación de la actividad y acompañamiento emocional**, para disminuir la activación conductual en este contexto.
Estimulación sensorial: Uso de estímulos **visuales, táctiles y corporales** para favorecer la activación y conexión con el entorno.
Estructuración del entorno: Organización de **rutinas predecibles y ambientes estructurados**, favoreciendo la comprensión y disminuyendo la desregulación.
Acompañamiento terapéutico continuo: Presencia constante del área de psicología para facilitar la participación, regular la conducta y promover el bienestar.
Apoyo en ABVD: Trabajo articulado con el equipo asistencial para garantizar el **cuidado integral y mantenimiento funcional**.
Trabajo interdisciplinario: Coordinación permanente con el equipo institucional y familiar para un **abordaje integral y coherente**.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

1. DATOS GENERALES

Nombre del residente: Manuel Garzón Tovar
Edad: 93 **Sexo:** Masculino
Fecha de valoración: Martes 21/ Abril/ 2026



2. METODOLOGÍA

___x____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x____ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas		X	
	Se ubica en el lugar donde está	X		
	Identifica el día o momento del día	X		
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades		X	
	Se distrae con facilidad			X
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	X		
	Recuerda información personal	X		
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible	X		
	Usa gestos o señas para comunicarse			X
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a		X	
	Presenta tristeza o llanto		X	
	Se muestra alegre o participativo/a			X
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas	X		
	Coopera con cuidadores			X
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes			X
	Participa en actividades grupales			X
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente			X
	Requiere ayuda para higiene/vestido		X	
	Se moviliza de forma independiente		X	

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: **20/** 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

El puntaje refleja un deterioro neurocognitivo significativo, con compromiso en orientación, memoria, atención y lenguaje, lo cual impacta directamente la funcionalidad y la autonomía del residente. Se evidencia dependencia en actividades básicas de la vida diaria y necesidad de acompañamiento permanente para su ejecución y participación en actividades. A nivel conductual y social, se observa participación mediada, con baja iniciativa y necesidad de estimulación constante. No obstante, conserva habilidades residuales que permiten respuesta a estímulos dirigidos y cooperación bajo direccionamiento, favoreciendo su inclusión en procesos de estimulación terapéutica.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

Se evidencia adulto mayor con deterioro neurocognitivo significativo, con afectación en orientación temporoespacial, memoria y lenguaje. Presenta comunicación limitada y poco estructurada, con predominio de respuestas simples. A nivel conductual, se muestra pasivo pero colaborador, requiriendo acompañamiento constante. La atención es fluctuante, con tendencia a la distractibilidad. En el área funcional, presenta dependencia en AVD y movilidad asistida, lo que evidencia compromiso en su autonomía. Se observa estabilidad emocional, sin conductas agresivas y con adecuada adaptación al entorno institucional.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

Adulto mayor con trastorno neurocognitivo mayor (demencia senil), caracterizado por deterioro global de funciones cognitivas superiores, incluyendo memoria, atención, lenguaje y funciones ejecutivas. Presenta dependencia funcional significativa, con compromiso en la autonomía, la comunicación y la interacción social. A nivel conductual, se evidencia perfil pasivo, con cooperación mediada y necesidad de estimulación constante para su participación. Conserva habilidades residuales que permiten su vinculación a actividades terapéuticas bajo acompañamiento estructurado.

7. CONCLUSIONES GENERALES

Los resultados evidencian un compromiso neurocognitivo significativo con impacto en el funcionamiento global del residente. A pesar de su condición clínica, se identifican capacidades residuales que permiten su inclusión en procesos de estimulación, favoreciendo el mantenimiento funcional y la activación conductual.
Se recomienda continuar con un abordaje interdisciplinario, estructurado y centrado en la persona, orientado al bienestar emocional, la estimulación cognitiva y la calidad de vida.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Manuel Garzón Tovar
GENERO	Masculino
DOCUMENTO	1.621.654
EDAD	93
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	16/Mayo/1932
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin Escolaridad
DIAGNOSTICO	Demencia Senil
ESTADO CIVIL	Soltero
CONYUGUE	Sin Dato
NÚMEROS DE HIJOS	Sin Dato
ACUDIENTE	Gerardo Buendía Sobrino
TELÉFONO	3214532405
FECHA DE VALORACIÓN	Martes 21 de Abril/2026

CONDICIONES GENERALES
Durante la valoración psicológica, la adulta mayor se observa en estado de alerta, con adecuada disposición hacia la interacción, mostrándose colaboradora y receptiva ante el proceso evaluativo. Establece contacto de manera funcional y logra seguir instrucciones simples, lo que permite el desarrollo de la valoración. En cuanto a su presentación personal, mantiene adecuadas condiciones de higiene y arreglo, evidenciando acompañamiento en su cuidado. A nivel cognitivo, se evidencian alteraciones en el funcionamiento global, manifestadas en dificultades en procesos como la atención, la memoria y la orientación, las cuales son congruentes con su diagnóstico de base de demencia senil- Estas alteraciones impactan su desempeño funcional y su capacidad de respuesta ante demandas del entorno. En relación con su estado físico y funcional, la adulta mayor presenta una condición de dependencia significativa, con compromiso en la movilidad que requiere apoyo técnico mediante el uso de silla de ruedas para su desplazamiento. A nivel físico, se observan características acordes a su etapa del ciclo vital, incluyendo uso de prótesis dental y alteración en el control de esfínteres. Estas condiciones, en interacción con el deterioro cognitivo evidenciado, inciden de manera directa en su nivel de autonomía e independencia funcional, configurando un cuadro de alta dependencia para la realización de AVD y la necesidad de acompañamiento y supervisión permanente por parte de sus auxiliares de enfermería.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	El residente se encuentra bajo manejo farmacológico conforme a prescripción médica vigente y seguimiento por la entidad promotora de salud (EPS).
Autonomía E Independencia	Presenta dependencia funcional para la ejecución de ABVD, requiriendo apoyo para el desplazamiento y supervisión continua en su autocuidado.
Control De Esfínteres	Conservado.
AREA FAMILIAR	

Adulto mayor con red de apoyo familiar identificada; no obstante, se evidencia ausencia de contacto y visitas durante los últimos meses, lo que sugiere un bajo nivel de vinculación afectiva y acompañamiento familiar efectivo.

Dicha condición podría incidir en su bienestar emocional y en sus procesos de adaptación al entorno institucional. En la actualidad, el residente se encuentra bajo medida de protección institucional, la cual garantiza la cobertura de sus necesidades básicas y la atención integral desde un enfoque biopsicosocial.

AREA SOCIAL

El residente presenta interacción social significativamente limitada, en correspondencia con su compromiso neurocognitivo. Se evidencia participación en actividades psicosociales y terapéuticas bajo acompañamiento directo, con manifestación de respuesta afectiva positiva ante la estimulación externa.

Se identifican patrones conductuales caracterizados por pasividad, baja iniciativa social y escasa espontaneidad en la interacción, lo que limita su vinculación autónoma a contextos grupales.

En este sentido, requiere intervención estructurada, estimulación continua y mediación terapéutica permanente para favorecer procesos de inclusión, permanencia y participación en dinámicas sociales, contribuyendo al fortalecimiento de habilidades adaptativas y al mantenimiento de su funcionalidad psicosocial.

AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL

El residente se encuentra vigil, con actitud tranquila y estabilidad conductual, evidenciando tono afectivo eutímico. Se muestra cooperador durante la valoración y responde a consignas simples bajo orientación.

Presenta adecuada autopresentación e higiene, con contacto visual intermitente. El lenguaje es hipofluente, con limitada coherencia discursiva, evidenciando compromiso en la organización del pensamiento, el cual se caracteriza por pobreza ideativa y alteraciones en funciones ejecutivas.

En cuanto a la orientación, se encuentra desorientado en tiempo y espacio, conservando orientación en persona. Se identifican alteraciones en los procesos de memoria, así como en la capacidad de introspección y prospección. La atención se muestra inestable, con fluctuaciones en su capacidad de focalización. No se evidencian alteraciones en la conducta alimentaria ni en el patrón de sueño. A nivel conductual, no se observan manifestaciones de agresividad, manteniendo un comportamiento adaptativo dentro de su condición clínica.

TECNICAS DE VALORACION

- Observación directa estructurada
- Entrevista a cuidadores (informantes clave)
- Escalas observacionales adaptadas

Áreas evaluadas:

- Calidad de vida
- Nivel funcional
- Estado emocional (bienestar/malestar)
- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador)

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS

Adulto mayor que cursa con deterioro neurocognitivo de curso crónico, compatible con cuadro demencial, el cual se asocia a compromiso funcional significativo y limitaciones en los procesos comunicativos.
Se evidencia participación en actividades terapéuticas y psicosociales únicamente bajo acompañamiento directo, requiriendo estimulación constante, direccionamiento estructurado y refuerzo externo para favorecer su vinculación y permanencia. La ausencia sostenida de contacto y acompañamiento familiar se configura como un factor de riesgo psicosocial relevante, con posible impacto en su motivación, estado afectivo y respuesta emocional frente a los estímulos del entorno. No obstante, se identifican habilidades residuales que, bajo condiciones de apoyo terapéutico, permiten su inclusión en procesos de estimulación neurocognitiva, orientados al mantenimiento funcional y al favorecimiento de su bienestar psicológico.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Adulto mayor con trastorno neurocognitivo mayor (demencia senil), caracterizado por deterioro global de funciones cognitivas superiores. Presenta dependencia funcional significativa y limitaciones en la comunicación, interacción social y autonomía. Se evidencia perfil conductual pasivo, con cooperación mediada y necesidad de estimulación constante. Conserva habilidades residuales que permiten su vinculación a procesos de estimulación bajo acompañamiento estructurado.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO

- Implementar un programa de estimulación neurocognitiva orientado al mantenimiento de funciones cognitivas básicas (atención, memoria, lenguaje funcional) y habilidades residuales.
- Favorecer la participación en actividades terapéuticas y psicosociales mediante acompañamiento estructurado, refuerzo positivo y estrategias de motivación externa.
- Desarrollar intervenciones de estimulación multisensorial (visual, táctil y propioceptiva) que faciliten la conexión con el entorno y la activación de respuestas adaptativas.
- Mantener rutinas estructuradas que promuevan la orientación, la estabilidad emocional y la seguridad del residente.
- Brindar acompañamiento psicológico continuo enfocado en el bienestar emocional, la regulación conductual y la prevención de aislamiento social.
- Fortalecer la mediación del equipo interdisciplinario en el proceso de atención, garantizando un abordaje integral centrado en la persona.
- Promover, en la medida de lo posible, el restablecimiento o fortalecimiento del vínculo familiar como factor protector psicosocial.
- Favorecer la movilidad asistida del residente, quien deambula con apoyo del personal asistencial, integrando esta actividad como parte de la estimulación funcional y la activación conductual.
- Realizar seguimiento periódico desde el área de psicología, con el fin de evaluar la evolución clínica y ajustar el plan de intervención según la respuesta del residente.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

1. DATOS GENERALES



Nombre del residente: Pedro Cuenca
Edad: 86 **Sexo:** Masculino
Fecha de valoración: Martes 21/ Abril/ 2026

2. METODOLOGÍA

___x____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x____ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas	X		
	Se ubica en el lugar donde está	X		
	Identifica el día o momento del día	X		
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades		X	
	Se distrae con facilidad			X
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	X		
	Recuerda información personal		X	
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible	X		
	Usa gestos o señas para comunicarse			X
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a		X	
	Presenta tristeza o llanto	X		
	Se muestra alegre o participativo/a		X	
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas		X	
	Coopera con cuidadores			X
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes		X	
	Participa en actividades grupales		X	
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente		x	
	Requiere ayuda para higiene/vestido			X
	Se moviliza de forma independiente	X		

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: **17**/ 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

El residente se ubica en un rango de dependencia funcional moderada con tendencia a alta. Con afectación significativa en procesos cognitivos superiores, comunicación y autonomía, especialmente en orientación, memoria reciente y funcionalidad adaptativa.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

Durante el proceso de valoración, el residente se mostró vigil, con contacto parcial con el entorno y respuesta a estímulos externos, predominando una comunicación no verbal mediante gestos. Se evidenció dificultad para sostener la atención de manera continua, con tendencia a la distracción y limitaciones en la comprensión de consignas. A nivel conductual, presentó una actitud generalmente pasiva, alternando con momentos de colaboración cuando recibe acompañamiento directo, especialmente por parte del área de psicología. Se observan fluctuaciones en la disposición emocional y conductual, con episodios ocasionales de irritabilidad. En el ámbito funcional, requiere asistencia total para la movilidad y el autocuidado, siendo dependiente del cuidador. Se destaca que logra vincularse a actividades cuando existe mediación terapéutica estructurada, respondiendo favorablemente a estrategias de motivación, guía y acompañamiento.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

El residente presenta un deterioro cognitivo global de curso progresivo, compatible con un trastorno neurocognitivo mayor de etiología degenerativa, caracterizado por alteraciones en orientación, memoria, funciones ejecutivas y lenguaje. Se evidencian además dificultades en la regulación emocional y conductual, con presencia de labilidad afectiva y episodios de desorganización conductual, lo que impacta su nivel de interacción y participación. A nivel funcional, presenta dependencia significativa en actividades básicas de la vida diaria, con compromiso tanto físico como cognitivo. No obstante, conserva respuestas conductuales y emocionales residuales, que permiten su vinculación a procesos terapéuticos bajo acompañamiento permanente.

7. CONCLUSIONES GENERALES

El residente presenta un perfil clínico caracterizado por deterioro neurocognitivo severo, dependencia funcional y limitaciones en la comunicación, lo que afecta de manera integral su desempeño en las áreas cognitiva, conductual y social. Se identifican fluctuaciones en el estado emocional y en la participación, así como una disminución en la red de apoyo familiar, constituyéndose este último como un factor de riesgo psicosocial relevante. A pesar del compromiso global, se evidencian capacidades residuales que permiten la participación asistida, especialmente cuando se implementan estrategias de intervención estructuradas y acompañamiento terapéutico continuo.

Se recomienda mantener y fortalecer el abordaje interdisciplinario, con énfasis en la estimulación cognitiva, regulación conductual, contención emocional y promoción de la calidad de vida, garantizando un entorno estructurado, predecible y con alto nivel de apoyo.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Pedro Cuenca
GENERO	Masculino
DOCUMENTO	1.638.183
EDAD	86
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	31/Dic/1938
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Desconocido
DIAGNOSTICO	Demencia Senil
ESTADO CIVIL	Viudo
CONYUGUE	Sin Dato
NÚMEROS DE HIJOS	Uno
ACUDIENTE	Luis Humberto Cuenca (Hijo)
TELÉFONO	3142931304
FECHA DE VALORACIÓN	Martes 21 de Abril/2026

CONDICIONES GENERALES

Adulto mayor que se encuentra vigil y con nivel de alerta conservado, evidenciando adecuadas condiciones de higiene y presentación personal. Durante la interacción, establece contacto visual parcial. A nivel comunicativo, presenta lenguaje no verbal predominante, utilizando gestos y señas como principal medio de expresión, con limitaciones en la fluidez y coherencia del lenguaje oral, lo que dificulta la estructuración de un discurso funcional.

En cuanto a la orientación, se encuentra orientado en persona, con desorientación en tiempo y espacio, lo cual es consistente con un compromiso cognitivo significativo. Se evidencian dificultades en la atención sostenida y en la organización del pensamiento, afectando la interacción comunicativa.

A nivel físico, se observa compromiso funcional importante, con alteración en la marcha, requiriendo apoyo total para el desplazamiento mediante silla de ruedas. Presenta contextura delgada, edentulismo total (ausencia de piezas dentales) y incontinencia de esfínteres, lo que sugiere dependencia en actividades básicas de la vida diaria.

En el área conductual, se muestra generalmente pasivo, con adecuada disposición para la colaboración, aunque con limitaciones para sostener un intercambio comunicativo acorde al contexto, asociado a un deterioro cognitivo de carácter significativo.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	El residente se encuentra bajo manejo farmacológico continuo, de acuerdo con prescripción médica vigente y seguimiento por la EPS, lo que sugiere adherencia a tratamiento para el abordaje de sus condiciones de base.
Autonomía E Independencia	Se evidencia un nivel de dependencia funcional significativo, con compromiso en la autonomía para la ejecución de las ABVD. Requiere asistencia permanente para el desplazamiento y para el autocuidado, lo

	cual indica limitaciones en su capacidad de funcionamiento adaptativo.
Control De Esfínteres	No conservado

AREA FAMILIAR

A nivel del sistema familiar, se identifica la presencia de un referente filial formal (hijo en calidad de acudiente); no obstante, se observa desvinculación afectiva y escasa interacción familiar reciente, evidenciada en la inexistencia de visitas o contacto significativo en los últimos meses.

Esta dinámica sugiere una disminución en el soporte socioafectivo primario, lo cual impacta la red natural de apoyo del residente. En consecuencia, la institución asume un rol sustitutivo en términos de contención emocional, acompañamiento y asistencia funcional, consolidándose como principal fuente de apoyo psicosocial en el momento actual.

AREA SOCIAL

Desde la funcionalidad psicosocial, se evidencia disminución en la competencia social, asociada al deterioro cognitivo, lo que afecta la iniciativa, la reciprocidad y la capacidad de vinculación con el entorno.

A nivel conductual, se observan patrones de respuesta fluctuantes, caracterizados por variabilidad en la activación y disposición frente a estímulos sociales y actividades grupales. En algunos momentos presenta conductas de cooperación, respuesta a la estimulación externa y participación básica, mientras que en otros predomina la hipoactividad conductual, el retraimiento y la escasa iniciativa.

Se resalta que la integración a las actividades se ve favorecida mediante el acompañamiento terapéutico del área de psicología, donde, a través de estrategias de motivación, guía estructurada y apoyo continuo, se logra incrementar su nivel de participación y adherencia a las actividades propuestas.

AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL

En cuanto a la orientación, se encuentra autopsíquicamente conservada (orientado en persona), con compromiso alopsíquico (desorientación en tiempo y espacio). Se identifican alteraciones en los procesos mnésicos, así como en la capacidad de introspección y prospección, lo cual limita la autopercepción y la proyección conductual.

A nivel afectivo–emocional, presenta labilidad emocional, con oscilaciones en el estado de ánimo que van desde manifestaciones de bienestar, tranquilidad y disposición colaborativa, hasta episodios de irritabilidad y reactividad conductual, reportándose en ocasiones conductas heteroagresivas según el personal asistencial. Estas variaciones impactan su regulación conductual y nivel de participación en actividades.
Se evidencian además dificultades en la comprensión y seguimiento de instruccioes, asociadas a alteraciones en los procesos atencionales y en la capacidad de concentración. En cuanto a funciones básicas, se observa patrón de sueño y conducta alimentaria conservados, sin alteraciones significativas reportadas.

TECNICAS DE VALORACION

- Observación directa estructurada
- Entrevista a cuidadores (informantes clave)
- Escalas observacionales adaptadas

Áreas evaluadas:

- Calidad de vida
- Nivel funcional
- Estado emocional (bienestar/malestar)
- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador)

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS

El residente presenta un trastorno neurocognitivo de carácter severo, asociado a un alto nivel de dependencia funcional y a compromiso significativo en la capacidad comunicativa, predominando formas no verbales o de baja funcionalidad.

Se evidencian variaciones en la regulación afectiva y en la activación conductual, manifestadas en fluctuaciones en el estado de ánimo y en el grado de implicación en actividades, hallazgos consistentes con el perfil de deterioro cognitivo observado.

A nivel psicosocial, la ausencia sostenida de contacto familiar durante el último trimestre configura un factor de vulnerabilidad, al incidir en la disminución del soporte socioafectivo, con posibles repercusiones en la estabilidad emocional y la disposición motivacional del residente.

No obstante, se identifican capacidades preservadas de carácter residual, que posibilitan su participación bajo mediación, favoreciendo procesos de estimulación cognitiva, interacción básica y mantenimiento de habilidades funcionales, siempre que se brinde acompañamiento estructurado y continuo.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Adulto mayor con cuadro compatible con trastorno neurocognitivo mayor de etiología degenerativa (demencia senil), que cursa con compromiso cognitivo global severo y alto nivel de dependencia funcional, tanto a nivel físico (movilidad asistida mediante silla de ruedas) como en la ejecución de AVD. Se observa reactividad a estímulos del entorno, aunque con presencia de episodios de desregulación conductual, caracterizados por manifestaciones de irritabilidad y conductas heteroagresivas, así como labilidad afectiva. La participación en actividades es intermitente, condicionada por su estado cognitivo y emocional. Requiere acompañamiento permanente y estructurado desde el área de psicología, orientado a la modulación conductual, estimulación cognitiva y sostenimiento de la motivación, con el fin de favorecer su vinculación y funcionalidad dentro del entorno institucional.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO

- Estimulación cognitiva individual y grupal (ejercicios de orientación a la realidad, reconocimiento de personas, actividades sensoriales).
- Psicoestimulación a través de actividades ocupacionales: Incluir tareas simples y significativas (clasificación de objetos, ensamble, actividades manuales) que promuevan la sensación de logro, utilidad y participación activa.
- Intervención conductual mediante refuerzo positivo, modelamiento y estructuración de rutinas.
- Acompañamiento terapéutico permanente desde el área de psicología para facilitar la vinculación

a actividades.

- Terapia de reminiscencia: Utilizar elementos significativos del pasado (música, fotografías, objetos familiares) para estimular la memoria autobiográfica, fortalecer la identidad y generar bienestar emocional.
- Musicoterapia terapéutica: Uso de la música como herramienta para favorecer la activación emocional positiva, la evocación de recuerdos y la disminución de conductas disruptivas.
- Técnicas de validación emocional y contención afectiva en momentos de irritabilidad o desregulación.
- Uso de claves visuales y consignas simples para favorecer la comprensión y ejecución de tareas. Trabajo interdisciplinario con el equipo asistencial para un manejo integral y coherente del residente.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

1. DATOS GENERALES



Nombre del residente: Orlando Claver
Edad: 67 **Sexo:** Masculino
Fecha de valoración: Martes 21/ Abril / 2026

2. METODOLOGÍA

___x____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x____ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas	X		
	Se ubica en el lugar donde está	X		
	Identifica el día o momento del día	X		
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades		X	
	Se distrae con facilidad			X
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	X		
	Recuerda información personal	X		
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible	X		
	Usa gestos o señas para comunicarse			X
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a			X
	Presenta tristeza o llanto	X		
	Se muestra alegre o participativo/a			X
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas		X	
	Coopera con cuidadores		X	
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes			X
	Participa en actividades grupales			X
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente			X
	Requiere ayuda para higiene/vestido		X	
	Se moviliza de forma independiente			x

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: **20**/ 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

El residente presenta un nivel de dependencia moderada, con mayor compromiso en las funciones cognitivas y comunicativas, especialmente en orientación, atención y memoria. A pesar de estas limitaciones, conserva estabilidad emocional y autonomía en la movilidad, lo que favorece su interacción básica con el entorno. Su participación en actividades es dependiente del acompañamiento externo, evidenciando un perfil con capacidades residuales que permiten intervención asistida.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

Durante la valoración, el residente se mostró vigil, con adecuada presentación personal y contacto parcial con el entorno. La comunicación se realizó principalmente a través de gestos y respuestas conductuales simples, evidenciando limitaciones en la comprensión verbal. Se observó dispersión atencional, con dificultad para sostener la actividad sin guía externa. A nivel conductual, presenta una actitud generalmente tranquila y colaboradora, aunque con episodios ocasionales de irritabilidad, según reporte del personal asistencial. En el componente funcional, se destaca autonomía en la deambulación, con marcha lenta pero independiente. No obstante, requiere supervisión y apoyo en actividades de autocuidado, especialmente aquellas que implican organización cognitiva. Se evidencia que responde favorablemente a la mediación terapéutica, logrando mayor nivel de participación cuando se emplean estrategias estructuradas, visuales y repetitivas.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

El residente presenta un funcionamiento cognitivo comprometido, asociado a discapacidad intelectual y déficit sensorial auditivo, lo que impacta la comunicación, la orientación y la capacidad de adaptación al entorno. Se evidencian alteraciones en procesos atencionales, memoria y pensamiento, con predominio de funcionamiento concreto. A nivel emocional, mantiene estabilidad afectiva general, con presencia ocasional de desregulación conductual leve.
En el ámbito funcional, presenta dependencia parcial en actividades básicas de la vida diaria, con mejor desempeño en la movilidad, pero con necesidad de apoyo en tareas estructuradas. Conserva habilidades residuales que permiten la interacción básica, especialmente mediante estímulos visuales y acompañamiento, lo que constituye un elemento clave para la intervención.

7. CONCLUSIONES GENERALES

El residente presenta un perfil de funcionamiento caracterizado por compromiso cognitivo y sensorial, que limita su autonomía, comunicación e interacción social.
Se identifica una condición de vulnerabilidad psicosocial, asociada a la ausencia de red de apoyo familiar, lo cual incrementa la necesidad de contención institucional. A pesar de las

limitaciones, mantiene capacidades funcionales preservadas, especialmente en la movilidad y la respuesta a estímulos, lo que permite su participación asistida en actividades.
Se recomienda mantener un abordaje interdisciplinario continuo, enfocado en:

- Estimulación cognitiva
- Regulación conductual
- Comunicación alternativa
- Fortalecimiento de habilidades adaptativas
- Promoción de la calidad de vida



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Orlando Claver
GENERO	Masculino
DOCUMENTO	1.075.325.780
EDAD	67
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	01/Enero/1959
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin Escolaridad
DIAGNOSTICO	Discapacidad Auditiva E Intelectual
ESTADO CIVIL	Sin Dato
CONYUGUE	Sin Dato
NÚMEROS DE HIJOS	Sin Dato
ACUDIENTE	Sin Dato
TELÉFONO	Sin Dato
FECHA DE VALORACIÓN	Martes 21 de Abril/2026

CONDICIONES GENERALES
Adulto mayor de sexo masculino, en estado de vigilia conservado, con adecuadas condiciones de higiene y presentación personal. Durante la interacción establece contacto visual parcial. Se identifica compromiso en la comunicación verbal, con lenguaje oral ausente, asociado a discapacidad auditiva, lo que limita la interacción comunicativa funcional. A nivel neurocognitivo, presenta deterioro cognitivo global, evidenciado por desorientación alopsíquica (en tiempo y espacio) y dificultades en los procesos atencionales, particularmente en la capacidad de fijación y mantenimiento de la atención, con marcada dispersión atencional. En el componente emocional, se observa estado de ánimo eutímico, sin manifestaciones de angustia, agitación o alteraciones conductuales significativas, manteniendo estabilidad afectiva general. Desde el ámbito físico-funcional, el residente presenta dependencia cognitiva con relativa conservación de la autonomía motora, evidenciando marcha lenta pero funcional, con deambulación independiente dentro de la institución. Se observa contextura delgada, edentulismo parcial (escasas piezas dentales) y control de esfínteres conservado, lo que sugiere un nivel funcional parcialmente preservado en comparación con el componente cognitivo.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	El residente se encuentra en tratamiento farmacológico activo, bajo formulación médica vigente y control por la EPS, lo que sugiere seguimiento clínico continuo de su condición de base.
Autonomía E Independencia	Se evidencia un compromiso predominante a nivel cognitivo, que impacta la capacidad de funcionamiento adaptativo. Presenta dependencia parcial en la ejecución de las ABVD, requiriendo supervisión y apoyo frecuente, especialmente en tareas que implican planificación, secuenciación y toma de decisiones, debido a sus limitaciones cognitivas.
Control De Esfínteres	Conservado
AREA FAMILIAR	

Se evidencia una desvinculación significativa del sistema familiar, caracterizada por la ausencia de interacción, contacto o presencia de figuras de apoyo primario, lo que indica un déficit en el sostén socioafectivo externo. El ingreso del residente se enmarca en una condición de desprotección social, asociada a dinámicas de abandono y vulnerabilidad, lo cual ha implicado la institucionalización como medida de garantía de cuidado y protección.

En este contexto, la institución asume un rol contenedor y compensatorio, proporcionando soporte emocional, acompañamiento y asistencia funcional, ante la carencia de una red natural de apoyo.

AREA SOCIAL

Se identifica compromiso en la competencia social, asociado a limitaciones sensoriales (discapacidad auditiva) y cognitivas, lo que restringe la iniciativa social, la comunicación funcional y la reciprocidad en la interacción con otros. A nivel funcional, presenta autonomía en la deambulación, movilizándose de manera independiente dentro del entorno institucional; sin embargo, su vinculación a espacios grupales y actividades estructuradas (psicosociales, cognitivas y físicas) se encuentra mediada por apoyo externo, debido a dificultades en la comprensión, seguimiento y sostenimiento de la actividad.

En este sentido, requiere acompañamiento permanente y mediación terapéutica, orientados a facilitar la interacción con pares, promover la inclusión social y sostener su participación en las actividades programadas.

AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL

El residente presenta compromiso sensorial auditivo con ausencia de lenguaje oral funcional, lo que limita la comunicación verbal y favorece el uso de canales alternativos no verbales. A nivel cognitivo, se evidencia desorientación alopsíquica, con alteraciones en los procesos atencionales y en la capacidad de concentración, así como predominio de pensamiento concreto y disminución en las habilidades de razonamiento y procesamiento de la información.

En el componente afectivo, se observa tono emocional predominantemente eutímico, sin indicadores persistentes de desregulación emocional; no obstante, según reporte del personal asistencial, de manera ocasional presenta episodios de desregulación conductual, caracterizados por manifestaciones de irritabilidad y conductas heteroagresivas, generalmente asociadas a dificultades en la comunicación, comprensión del entorno o cambios en la rutina.

Durante la interacción mantiene contacto visual parcial, lo que permite cierto nivel de conexión con el entorno. Se identifican capacidades funcionales residuales, que facilitan una interacción básica mediada por estímulos sensoriales, gestuales y la estructuración de rutinas, favoreciendo su adaptación al contexto institucional.

TECNICAS DE VALORACION

- Observación directa estructurada
- Entrevista a cuidadores (informantes clave)
- Escalas observacionales adaptadas

Áreas evaluadas:

- Calidad de vida
- Nivel funcional
- Estado emocional (bienestar/malestar)
- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas

mediante observación y reporte del cuidador)

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS

El residente presenta un perfil de alta vulnerabilidad psicosocial, asociado a un trastorno neurocognitivo de curso avanzado y déficit sensorial auditivo, lo cual impacta de manera significativa su funcionamiento adaptativo, la interacción social y la autonomía personal. Se evidencia compromiso en los procesos atencionales, con dificultades en la focalización, mantenimiento y control de la atención, manifestándose en dispersión y baja capacidad de sostenimiento de la actividad. Su nivel de participación es dependiente de la mediación externa, requiriendo acompañamiento constante para la ejecución y permanencia en actividades estructuradas.

A nivel funcional, presenta dependencia significativa en la mayoría de las actividades básicas de la vida diaria, en coherencia con su deterioro cognitivo. La ausencia de una red de apoyo familiar activa configura un factor de riesgo psicosocial relevante, que incide en su bienestar emocional y procesos de adaptación, demandando intervención específica y continua desde el equipo interdisciplinario. No obstante, se identifican capacidades residuales preservadas, evidenciadas en la respuesta a estímulos visuales, gestuales y conductuales simples, lo cual constituye un recurso terapéutico clave para la implementación de estrategias de estimulación sensorial, motriz y cognitiva, orientadas al mantenimiento de habilidades y mejora de la calidad de vida.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Se configura un perfil de funcionamiento con compromiso significativo en los procesos cognitivos y adaptativos, en el contexto de discapacidad auditiva y limitaciones en el funcionamiento intelectual, lo que impacta de manera directa la comunicación, la autonomía y la interacción con el entorno. El residente presenta dependencia parcial en las actividades básicas de la vida diaria, con mayor afectación en aquellas que requieren organización cognitiva, comprensión y secuenciación, manteniendo cierta autonomía motora. Se identifica además una condición de vulnerabilidad psicosocial asociada a la ausencia de red de apoyo familiar, lo cual incrementa la necesidad de contención y soporte institucional.

A pesar de las limitaciones, conserva capacidades residuales funcionales, que permiten su vinculación al entorno bajo mediación, constituyendo un punto clave para el abordaje terapéutico.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO

- Estimulación cognitiva básica: Actividades orientadas a fortalecer atención, seguimiento de consignas simples y reconocimiento del entorno, mediante apoyos visuales y repetición estructurada.
- Intervención en comunicación alternativa: Implementación de estrategias gestuales, visuales y señalamientos, facilitando la expresión de necesidades y reduciendo la frustración comunicativa.
- Estructuración de rutinas: Organización del día en secuencias predecibles, favoreciendo la comprensión del entorno y disminuyendo la desregulación conductual.
- Intervención conductual: Aplicación de refuerzo positivo, modelamiento y redirección, especialmente en episodios de irritabilidad o desorganización conductual.
- Estimulación sensorial: Uso de estímulos visuales, táctiles y corporales que favorezcan la activación, conexión con el entorno y participación.
- Acompañamiento terapéutico permanente: Presencia activa del área de psicología para facilitar la vinculación a actividades, sostenimiento de la atención y regulación emocional.
- Entrenamiento en habilidades adaptativas: Apoyo en actividades básicas (higiene, alimentación, organización), promoviendo el mayor nivel de independencia posible.

- Intervención psicoemocional: Aplicación de técnicas de contención, validación emocional y anticipación de cambios, para disminuir ansiedad e irritabilidad.
- Trabajo interdisciplinario: Articulación con equipo asistencial para manejo coherente de rutinas, conductas y necesidades del residente.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

1. DATOS GENERALES

Nombre del residente: Celsa Cárdenas Albañil
Edad:95 **Sexo:** Femenino
Fecha de valoración: miércoles 22/ Abril / 2026



2. METODOLOGÍA

___x____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x____ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas	X		
	Se ubica en el lugar donde está	X		
	Identifica el día o momento del día	x		
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades		x	
	Se distrae con facilidad			x
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	X		
	Recuerda información personal	X		
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible	X		
	Usa gestos o señas para comunicarse			X
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a			X
	Presenta tristeza o llanto	X		
	Se muestra alegre o participativo/a		X	
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas	X		
	Coopera con cuidadores		X	
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes		X	
	Participa en actividades grupales		X	
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente	X		
	Requiere ayuda para higiene/vestido			X
	Se moviliza de forma independiente	x		

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: **13/** 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

La residente presenta un nivel de dependencia funcional alta, con compromiso severo en las funciones cognitivas, comunicativas y adaptativas, especialmente en orientación, memoria y atención. Requiere asistencia permanente en las ABVD. Aunque mantiene estabilidad emocional, su participación es limitada y dependiente de acompañamiento, evidenciando solo capacidades residuales básicas para la interacción.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

Durante la valoración, la residente se mostró vigil, con actitud pasiva y limitada interacción con el entorno, estableciendo contacto parcial. La comunicación es altamente restringida, con escasa funcionalidad verbal. Se evidenció marcada dificultad para sostener la atención, con necesidad de acompañamiento constante. A nivel emocional, se mantiene estable, sin signos de agitación o desregulación conductual. En el componente funcional, presenta dependencia elevada, requiriendo asistencia permanente para desplazamiento y autocuidado. Su participación en actividades se logra únicamente bajo mediación directa.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

La residente presenta un deterioro neurocognitivo severo, compatible con un trastorno neurocognitivo mayor en fase avanzada, caracterizado por compromiso global de funciones cognitivas superiores. Se evidencia dependencia funcional alta, con afectación significativa en la autonomía y en la capacidad de adaptación al entorno. A nivel emocional, mantiene estabilidad afectiva, sin manifestaciones conductuales disruptivas actuales. Presenta mínimas capacidades residuales, que permiten respuesta a estímulos básicos bajo acompañamiento estructurado**.**

7. CONCLUSIONES GENERALES

La residente presenta un estado de deterioro avanzado, con dependencia funcional alta y compromiso global en las áreas cognitiva, conductual y adaptativa. La ausencia de red de apoyo familiar incrementa su condición de vulnerabilidad, siendo la institución su principal fuente de cuidado. Se identifican capacidades residuales limitadas, que permiten intervención únicamente bajo acompañamiento continuo.
Se recomienda mantener un abordaje interdisciplinario permanente, enfocado en:

- Estimulación cognitiva básica
- Contención emocional
- Regulación conductual
- Apoyo total en ABVD
- Promoción de calidad de vida

LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	CELSA CARDENAS ALBAÑIL
GENERO	Femenina
DOCUMENTO	37.080.559
EDAD	95
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	12/Marzo/1931
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin Escolaridad
DIAGNOSTICO	Demencia Senil
ESTADO CIVIL	Soltera
CONYUGUE	Sin Dato
NÚMEROS DE HIJOS	Sin Dato
ACUDIENTE	Sin Dato
TELÉFONO	Sin Dato
FECHA DE VALORACIÓN	Miércoles 22 de Abril/2026

CONDICIONES GENERALES
Adulta mayor en estado de vigilia conservado, con adecuadas condiciones de higiene, presentación personal y organización general. Durante la valoración se observa actitud pasiva, con limitaciones en la interacción comunicativa, evidenciadas en la dificultad para estructurar un discurso coherente, lo cual es consistente con un compromiso en el funcionamiento cognitivo. A nivel neurocognitivo, se infiere deterioro global, asociado a alteraciones en los procesos de pensamiento y comunicación funcional. En el componente afectivo, presenta estado de ánimo eutímico, con estabilidad emocional, sin indicadores actuales de agitación o desregulación conductual. Desde el ámbito físico-funcional, se evidencia dependencia significativa tanto a nivel motor como cognitivo, con alteración en la marcha, lo que limita la movilidad autónoma. Se observa edentulismo total (ausencia de piezas dentales) y compromiso en el control de esfínteres, lo que implica necesidad de apoyo en el autocuidado. No se reportan cambios conductuales relevantes respecto a valoraciones previas, manteniendo un patrón de comportamiento estable dentro de su condición clínica.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	La residente se encuentra bajo manejo farmacológico continuo, conforme a prescripción médica vigente y seguimiento por la EPS, lo que indica control clínico de su condición de base.
Autonomía E Independencia	Se evidencia un alto nivel de dependencia funcional, con compromiso en la ejecución de las ABVD. Requiere asistencia permanente para el desplazamiento, así como apoyo en actividades de autocuidado, lo que refleja limitaciones en su funcionamiento adaptativo global.
Control De Esfínteres	No conservada

AREA FAMILIAR
Se evidencia ausencia de red de apoyo sociofamiliar activa, sin registros recientes de contacto o interacción con figuras familiares o redes significativas, según reporte del personal asistencial. Esta condición refleja un déficit en el soporte socioafectivo primario, siendo el centro de protección quien asume el rol de contención, cuidado y acompañamiento integral, garantizando la cobertura de sus necesidades básicas y emocionales dentro del entorno institucional.

AREA SOCIAL
Se identifica una reducción en la funcionalidad social, asociada a su condición cognitiva y nivel de dependencia, lo que repercute en la baja iniciativa para la interacción y en la limitada participación espontánea en el entorno. Su involucramiento en actividades se encuentra condicionado por la mediación del cuidador o del profesional, siendo necesaria la estructuración y el acompañamiento para sostener su permanencia en las mismas. Ante esta mediación, se observa respuesta favorable al estímulo externo, evidenciada en conductas de adhesión a la actividad y cooperación dirigida, lo que indica preservación parcial de la capacidad de respuesta social.
AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL
Se evidencia compromiso en los procesos de comunicación, con lenguaje oral de baja funcionalidad, limitado a emisiones sonoras y expresiones básicas, lo que restringe la interacción verbal. A nivel cognitivo, se observa disminución en la complejidad del pensamiento, con afectación en las funciones ejecutivas (planificación, organización y control de la conducta). En cuanto a la orientación, presenta desorganización alopsíquica, con compromiso en los procesos mnésicos, así como en la capacidad de autoconciencia (introspección) y proyección conductual (prospección). A nivel funcional, se identifican alteraciones en los patrones de alimentación y sueño, requiriendo apoyo externo para la regulación y mantenimiento de hábitos básicos. Desde el componente conductual, no se evidencian manifestaciones de agresividad ni cambios conductuales recientes, manteniendo un patrón comportamental estable dentro de su condición clínica.
TECNICAS DE VALORACION
• Observación directa estructurada • Entrevista a cuidadores (informantes clave) • Escalas observacionales adaptadas **Áreas evaluadas:** • Calidad de vida • Nivel funcional • Estado emocional (bienestar/malestar) • Conductas adaptativas • Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador)
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS
Se configura un perfil de alta vulnerabilidad psicosocial, asociado a compromiso cognitivo de curso progresivo y limitaciones funcionales significativas, lo que determina un elevado nivel de dependencia en el desempeño cotidiano. La ausencia de red de apoyo sociofamiliar y la condición de institucionalización bajo medida de protección sitúan a la residente en un contexto de desprotección primaria compensada por el entorno institucional. Desde el componente emocional y conductual, se observa estabilidad relativa, sin evidencia actual de desregulación o sintomatología aguda que amerite intervención inmediata. No obstante, se mantiene un deterioro cognitivo consistente con un cuadro de etiología degenerativa, compatible con el diagnóstico de demencia, lo cual requiere seguimiento clínico continuo y abordaje terapéutico sostenido.
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Se configura un cuadro de deterioro neurocognitivo mayor de curso progresivo, compatible con demencia de etiología degenerativa, caracterizado por compromiso global en los procesos cognitivos, comunicativos y adaptativos. La residente presenta dependencia funcional significativa, con afectación tanto a nivel motor como cognitivo, lo que limita su autonomía en las actividades básicas de la vida diaria. Se evidencia además empobrecimiento del lenguaje funcional, alteraciones en memoria, orientación y funciones ejecutivas, coherentes con la fase avanzada del trastorno. Desde el componente psicosocial, se identifica una condición de vulnerabilidad asociada a la ausencia de red de apoyo familiar, lo que implica dependencia institucional para la cobertura de necesidades básicas y emocionales.
A nivel conductual y emocional, mantiene estabilidad afectiva relativa, sin presencia de sintomatología disruptiva actual, lo que favorece la implementación de intervenciones terapéuticas.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO

- Estimulación cognitiva básica: Actividades orientadas a mantener funciones como atención, reconocimiento y respuesta a estímulos, mediante ejercicios simples, repetitivos y estructurados. Intervención en orientación a la realidad: Uso de referentes visuales, rutinas y claves contextuales que faciliten la ubicación en el entorno.
- Estimulación sensorial: Implementación de estrategias visuales, táctiles y auditivas (si es posible) que favorezcan la activación y conexión con el entorno.
- Acompañamiento terapéutico continuo: Presencia activa del área de psicología para facilitar la vinculación a actividades y sostener la participación.
- Intervención conductual: Aplicación de refuerzo positivo, modelamiento y redirección, favoreciendo conductas adaptativas.
- Estructuración de rutinas: Organización del entorno en secuencias predecibles, disminuyendo desorientación y ansiedad.
- Contención emocional: Uso de estrategias de validación, acompañamiento afectivo y contacto terapéutico, fortaleciendo la seguridad emocional.
- Apoyo en actividades básicas: Trabajo conjunto con el equipo asistencial para promover el mayor nivel de funcionalidad posible en ABVD.
- Trabajo interdisciplinario: Articulación permanente con el equipo institucional para manejo integral del caso.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS GENERALES



Nombre del residente: Wilson Augusto Avendaño Guzmán
Edad: 36 **Sexo:** Masculino
Fecha de valoración: Miércoles 22/ Abril/ 2026

1. **METODOLOGÍA**

___x____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x____ Registro institucional

2. **ESCALA OBSERVACIONAL**

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas			X
	Se ubica en el lugar donde está	X		
	Identifica el día o momento del día	X		
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades		X	
	Se distrae con facilidad			X
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	X		
	Recuerda información personal	X		
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible	X		
	Usa gestos o señas para comunicarse		X	
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a	X		
	Presenta tristeza o llanto		X	
	Se muestra alegre o participativo/a			X
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas		X	
	Coopera con cuidadores			X
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes			X
	Participa en actividades grupales			X
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente	X		
	Requiere ayuda para higiene/vestido			X
	Se moviliza de forma independiente	X		

3. **PUNTAJE TOTAL**

Total obtenido: **18**/ 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

El puntaje ubica al residente en un nivel de dependencia funcional moderada con alta severidad funcional, con compromiso significativo en las áreas cognitiva, comunicativa y adaptativa, en el contexto de una condición neurológica de alta severidad. Se evidencian alteraciones marcadas en orientación, memoria, lenguaje y funciones ejecutivas, coherentes con su diagnóstico de parálisis cerebral asociada a discapacidad intelectual. A nivel atencional, presenta dificultades en la focalización y mantenimiento de la atención, con tendencia a la distractibilidad. En el componente funcional, aunque la escala lo ubica en rango moderado, clínicamente se observa dependencia casi total en las actividades básicas de la vida diaria, especialmente en movilidad y autocuidado, requiriendo asistencia permanente. A nivel emocional y conductual, se evidencia estabilidad afectiva relativa, con presencia de respuestas positivas a la estimulación externa, lo que permite su participación bajo acompañamiento estructurado.

4. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

Durante la valoración, el residente se mostró vigil, clínicamente estable y con adecuada presentación personal, estableciendo contacto visual ocasional. La interacción se caracteriza por limitaciones en la comunicación verbal, evidenciándose uso de expresiones no estructuradas y respuestas básicas. Se observó baja reactividad al entorno, con mejor respuesta ante estímulos sensoriales dirigidos. A nivel conductual, presenta actitud generalmente tranquila y colaboradora, con adecuada respuesta al acompañamiento del personal. En el componente funcional, se confirma dependencia total, con uso de silla de ruedas y necesidad de apoyo permanente en todas las actividades. Su participación en actividades se logra únicamente mediante mediación terapéutica.

5. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

El residente presenta un funcionamiento global severamente comprometido, asociado a parálisis cerebral y discapacidad intelectual, lo que impacta de manera significativa la movilidad, la comunicación, la cognición y la adaptación al entorno. Se evidencian alteraciones en procesos cognitivos superiores, con ausencia de lenguaje funcional y compromiso en la interacción social. A nivel emocional, mantiene estabilidad afectiva, sin manifestaciones de desregulación significativa. Se identifican capacidades residuales básicas, principalmente a nivel sensorial, que permiten respuesta a estímulos y participación asistida en actividades terapéuticas.

6. CONCLUSIONES GENERALES

El residente presenta un perfil clínico caracterizado por compromiso neurológico severo y dependencia funcional total, que limita su desempeño en las actividades de la vida diaria y su interacción con el entorno. Se evidencia afectación global en las áreas cognitiva, motora y comunicativa, con necesidad de asistencia permanente. A pesar de la severidad del cuadro, se observan respuestas residuales a la estimulación, lo que permite intervención terapéutica enfocada en:

- Estimulación multisensorial
- Activación conductual
- Mantenimiento de funciones básicas
- Mejora de la calidad de vida

Se recomienda mantener un abordaje interdisciplinario continuo, con énfasis en el acompañamiento permanente.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Wilson Augusto Avendaño Guzmán
GENERO	Masculino
DOCUMENTO	1.075.236.480
EDAD	36
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	2/Dic/1989
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin Escolaridad
DIAGNOSTICO	Parálisis Cerebral - Discapacidad Intelectual
ESTADO CIVIL	Soltero
CONYUGUE	Sin Dato
NÚMEROS DE HIJOS	Sin Dato
ACUDIENTE	Blanca Elisa Guzmán (Madre)
TELÉFONO	3112957760 - 3167655784
FECHA DE VALORACIÓN	Miércoles 22 de Abril/2026

CONDICIONES GENERALES
Residente con compromiso multisistémico, caracterizado por afectación severa a nivel motor y cognitivo, compatible con una condición de discapacidad múltiple. Se encuentra en estado de vigilia conservado, clínicamente estable, con adecuadas condiciones de higiene y presentación personal. Durante la interacción establece contacto visual ocasional. A nivel neurocognitivo, presenta respuesta limitada a los estímulos del entorno, lo que evidencia baja reactividad y compromiso en los procesos de interacción y procesamiento de la información. Desde el componente afectivo, se observa estado de ánimo eutímico, sin indicadores actuales de desregulación emocional o conductual. En el ámbito físico-funcional, se evidencia dependencia total para la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria, con ausencia de marcha (no deambulación) y requerimiento de asistencia permanente para el desplazamiento y el autocuidado. Presenta además incontinencia de esfínteres, lo que implica apoyo continuo en el manejo fisiológico. En cuanto a funciones básicas, mantiene patrones de sueño y alimentación conservados, dentro de su condición clínica.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	El residente se encuentra en manejo farmacológico continuo, conforme a formulación médica vigente y seguimiento por la EPS, lo que evidencia control clínico de su condición de base.
Autonomía E Independencia	Se observa un nivel de dependencia funcional total, con compromiso global en la ejecución de las ABVD. Requiere asistencia completa y permanente en todas las áreas de funcionamiento, haciendo uso de silla de ruedas como apoyo técnico para la movilidad, lo que indica limitación significativa en la autonomía motora.
Control De Esfínteres	No Conservado
AREA FAMILIAR	

Se identifica la existencia de una red de apoyo sociofamiliar formal, representada principalmente por la figura materna; adicionalmente, se evidencia reactivación reciente del vínculo familiar, registrada a través de la visita del hermano y la tía, lo que sugiere presencia incipiente de interacción y acercamiento por parte de la red extensa. Este hecho constituye un indicador positivo en términos de vinculación socioafectiva, que puede favorecer los procesos de acompañamiento emocional, adherencia a la atención y bienestar general del residente.

Se recomienda fortalecer y dar continuidad a estos acercamientos familiares, promoviendo la participación activa y sostenida de la red de apoyo, en articulación con el equipo interdisciplinario, como estrategia de protección y apoyo psicosocial.

AREA SOCIAL

Se evidencia restricción en la funcionalidad social, asociada a su condición física y compromiso cognitivo, lo que limita la iniciativa y la interacción espontánea con pares. La vinculación a escenarios grupales se realiza bajo mediación terapéutica, mediante estrategias implementadas desde el área de psicología, orientadas a facilitar su inclusión y permanencia en actividades estructuradas. Estas intervenciones permiten la exposición controlada a estímulos sociales básicos, favoreciendo la activación conductual, la respuesta a la interacción y el mantenimiento de habilidades residuales de vinculación con el entorno.

AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL

El residente establece contacto visual intermitente, lo que sugiere una conexión limitada con el entorno. A nivel cognitivo, presenta desorganización global de la orientación, con afectación significativa en procesos atencionales, mnésicos y del lenguaje, evidenciándose ausencia de lenguaje verbal funcional y presencia de emisiones sonoras no estructuradas. Se observa compromiso severo de las funciones ejecutivas, así como de las capacidades de juicio y razonamiento, lo que limita la regulación conductual y la adaptación al entorno. En el componente afectivo, mantiene tono emocional eutímico, sin signos actuales de desregulación emocional. La reactividad a estímulos se encuentra conservada de manera básica, predominando respuestas a nivel sensorial, lo que indica preservación parcial de mecanismos de respuesta primarios.

TECNICAS DE VALORACION

- Observación directa estructurada
- Entrevista a cuidadores (informantes clave)
- Escalas observacionales adaptadas

Áreas evaluadas:

- Calidad de vida
- Nivel funcional
- Estado emocional (bienestar/malestar)
- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador)

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS

Se observa un patrón de funcionamiento profundamente limitado, caracterizado por una dependencia absoluta en el desempeño cotidiano, en el marco de una afectación neurológica extensa, compatible con un cuadro de deterioro cognitivo avanzado. Esta condición repercute de manera significativa en la

capacidad de adaptación al entorno, la interacción social y la expresión comunicativa. No obstante, se identifican manifestaciones reactivas de bajo nivel ante la estimulación del entorno, principalmente a través de canales sensoriales, lo cual constituye un punto de entrada para la intervención terapéutica, orientada a la activación, modulación de la respuesta y preservación de funciones residuales básicas.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Se configura un cuadro de compromiso neurológico severo de origen no progresivo, compatible con parálisis cerebral asociada a discapacidad intelectual, caracterizado por afectación global en las funciones motoras, cognitivas y adaptativas. El residente presenta dependencia funcional total, con limitaciones significativas en la movilidad, la comunicación y la autonomía, requiriendo asistencia permanente para la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria. A nivel cognitivo, se evidencia compromiso severo en los procesos de atención, memoria, lenguaje y funciones ejecutivas, con ausencia de lenguaje verbal funcional. Desde el componente conductual y emocional, mantiene estabilidad afectiva relativa, sin presencia de desregulación significativa, lo que favorece la implementación de intervenciones terapéuticas estructuradas. Se identifican respuestas sensoriales básicas y capacidades residuales, que constituyen un elemento clave para el abordaje clínico.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO

- Estimulación multisensorial: Aplicación de estímulos visuales, táctiles y auditivos (si aplica) orientados a favorecer la reactividad, activación y conexión con el entorno.
- Estimulación cognitiva básica: Actividades simples enfocadas en respuesta a estímulos, reconocimiento y asociación básica, adaptadas a su nivel de funcionamiento.
- Intervención en comunicación no verbal: Fortalecimiento de canales alternativos de comunicación (gestos, miradas, respuestas corporales), favoreciendo la expresión de necesidades.
- Acompañamiento terapéutico continuo: Presencia constante del área de psicología para facilitar la vinculación al entorno y sostener la participación asistida.
- Regulación conductual: Aplicación de refuerzo positivo y modelamiento, orientado a favorecer respuestas adaptativas básicas.
- Estructuración del entorno: Organización de rutinas y espacios predecibles y estables, disminuyendo la desorganización y facilitando la adaptación.
- Contención emocional: Implementación de estrategias de acompañamiento afectivo, contacto terapéutico y validación emocional, promoviendo sensación de seguridad.
- Apoyo en actividades básicas (ABVD): Trabajo articulado con el equipo asistencial para garantizar el cuidado integral y el mantenimiento de condiciones funcionales básicas.
- Trabajo interdisciplinario: Coordinación continua con el equipo institucional para un manejo integral, coherente y sostenido del residente.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

1. DATOS GENERALES



Nombre del residente: Leidy Yohana Avendaño Guzmán
Edad: 41 **Sexo:** Femenino
Fecha de valoración: Miércoles 22/ Abril/ 2026

2. METODOLOGÍA

___x____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x____ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas	X		
	Se ubica en el lugar donde está	X		
	Identifica el día o momento del día	X		
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades	X		
	Se distrae con facilidad			X
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	X		
	Recuerda información personal	X		
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible	X		
	Usa gestos o señas para comunicarse	X		
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a		X	
	Presenta tristeza o llanto			X
	Se muestra alegre o participativo/a	X		
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas	X		
	Coopera con cuidadores		X	
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes		X	
	Participa en actividades grupales		X	
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente	X		
	Requiere ayuda para higiene/vestido			X
	Se moviliza de forma independiente	X		

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: **10**/ 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

El puntaje ubica a la residente en un nivel de dependencia funcional alta, evidenciando compromiso severo en las áreas cognitiva, comunicativa y adaptativa. Se identifican alteraciones significativas en orientación, memoria, lenguaje y funciones ejecutivas, coherentes con su diagnóstico de parálisis cerebral asociada a discapacidad intelectual. A nivel atencional, presenta baja capacidad de focalización y alta distractibilidad. En el componente funcional, se confirma dependencia total en las actividades básicas de la vida diaria, requiriendo asistencia permanente para movilidad, autocuidado y regulación de funciones fisiológicas. A nivel emocional, se evidencian manifestaciones de tristeza y llanto, con estabilidad relativa en otros momentos, lo que sugiere necesidad de acompañamiento emocional constante. El perfil refleja un funcionamiento global severamente comprometido, con respuestas básicas a la estimulación, que permiten intervención únicamente bajo mediación.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

Durante la valoración, la residente se mostró vigil, clínicamente estable y con adecuada presentación personal, estableciendo contacto visual ocasional. La interacción se caracteriza por ausencia de lenguaje verbal funcional, con emisión de sonidos no estructurados. Se evidenció baja respuesta al entorno, con mejor reactividad ante estímulos sensoriales dirigidos. A nivel emocional, presenta episodios de tristeza y llanto, alternando con momentos de mayor estabilidad. En el componente funcional, presenta dependencia total, con uso de silla de ruedas y necesidad de apoyo permanente en todas las actividades básicas. Su participación en actividades se logra únicamente mediante acompañamiento directo del personal y del área de psicología.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

La residente presenta un funcionamiento global severamente comprometido, asociado a parálisis cerebral y discapacidad intelectual, con afectación significativa en las áreas motora, cognitiva, comunicativa y adaptativa. Se evidencia ausencia de lenguaje funcional, compromiso en la interacción social y limitaciones en la respuesta adaptativa. A nivel emocional, presenta labilidad leve con predominio de tristeza, sin conductas disruptivas. Se identifican capacidades residuales básicas a nivel sensorial, que permiten respuesta a la estimulación y participación asistida en actividades terapéuticas.

7. CONCLUSIONES GENERALES

La residente presenta un perfil clínico de alta complejidad, caracterizado por:

- Dependencia funcional total
- Compromiso neurológico severo
- Afectación global en funciones cognitivas y adaptativas

La ausencia de autonomía y el nivel de deterioro requieren asistencia permanente e intervención continua. A pesar de la severidad del cuadro, conserva respuestas básicas a la estimulación, lo que permite intervención enfocada en:

- Estimulación multisensorial
- Regulación emocional
- Activación conductual básica
- Mantenimiento de funciones residuales
- Mejora de la calidad de vida

Se recomienda mantener un abordaje interdisciplinario permanente, con acompañamiento constante.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Leidy Yohana Avendaño Guzmán
GENERO	Femenino
DOCUMENTO	1.075.236.718
EDAD	41
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	15/Abril/1985
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin Escolaridad
DIAGNOSTICO	Parálisis Cerebral - Discapacidad Intelectual
ESTADO CIVIL	Soltera
CONYUGUE	Sin Dato
NÚMEROS DE HIJOS	Sin Dato
ACUDIENTE	BLANCA ELISA GUZMAN (MADRE)
TELÉFONO	3112957760 - 3167655784
FECHA DE VALORACIÓN	Miércoles 22 de Abril/2026

CONDICIONES GENERALES
Residente con condición de discapacidad múltiple, caracterizada por compromiso severo a nivel motor y cognitivo. Se encuentra en estado de vigilia conservado, clínicamente estable, con adecuadas condiciones de higiene y presentación personal. Durante la interacción establece contacto visual ocasional. A nivel neurocognitivo, presenta baja reactividad frente a los estímulos del entorno, evidenciando limitaciones en los procesos de interacción y respuesta adaptativa. En el componente afectivo, se observa estado de ánimo eutímico, con estabilidad emocional, sin manifestaciones de desregulación conductual. Desde el ámbito físico-funcional, se evidencia dependencia total para la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria, con ausencia de marcha (no deambulación) y requerimiento de asistencia permanente para el desplazamiento (Silla de Ruedas) y el autocuidado. Presenta además incontinencia de esfínteres, lo que implica apoyo continuo en el manejo fisiológico. En cuanto a funciones básicas, mantiene patrones de sueño y alimentación conservados, acordes a su condición clínica.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	El residente se encuentra en manejo farmacológico activo, conforme a prescripción médica vigente y seguimiento por la EPS, lo que evidencia control clínico de su condición de base.
Autonomía E Independencia	Presenta dependencia funcional significativa, con limitaciones en la ejecución de actividades básicas de la vida diaria. Requiere apoyo técnico para la movilidad, haciendo uso de silla de ruedas, lo que indica restricción en la autonomía motora. Se registran antecedentes de meningitis, condición que puede estar asociada al compromiso neurológico actual y a las limitaciones en el funcionamiento cognitivo y motor.
Control De Esfínteres	No conservado

AREA FAMILIAR
Se identifica la existencia de una red de apoyo sociofamiliar formal, representada principalmente por la figura materna; adicionalmente, se evidencia reactivación reciente del vínculo familiar, registrada a través de la visita del hermano y la tía, lo que sugiere presencia incipiente de interacción y acercamiento por parte de la red extensa. Este hecho constituye un indicador positivo en términos de vinculación socioafectiva, que puede favorecer los procesos de acompañamiento emocional, adherencia a la atención y bienestar general del residente. Se recomienda fortalecer y dar continuidad a estos acercamientos familiares, promoviendo la

participación activa y sostenida de la red de apoyo, en articulación con el equipo interdisciplinario, como estrategia de protección y apoyo psicosocial.

AREA SOCIAL

Se evidencia restricción en la funcionalidad social, asociada a su condición física y compromiso cognitivo, lo que limita la iniciativa y la interacción espontánea con pares. No presenta interacción social autónoma; sin embargo, su vinculación a espacios grupales se realiza mediante mediación terapéutica, a través de estrategias de acompañamiento y motivación implementadas desde el área de psicología. Estas intervenciones favorecen la exposición progresiva a estímulos sociales básicos, promoviendo la activación conductual, la respuesta al entorno y el mantenimiento de habilidades residuales de interacción.

AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL

Se evidencia desorganización global de la orientación (alopsíquica), con afectación significativa de los procesos cognitivos básicos y superiores, incluyendo atención, memoria y lenguaje, observándose ausencia de lenguaje verbal funcional y emisiones sonoras no estructuradas. Se identifica compromiso severo de las funciones ejecutivas, así como de las capacidades de juicio y razonamiento, lo que limita la regulación conductual y la adaptación al entorno. En el componente afectivo, se observa un tono emocional predominantemente eutímico; no obstante, se registran manifestaciones afectivas de tristeza y episodios de llanto, que pueden estar asociadas a su condición clínica y a la interacción con el entorno. La reactividad a estímulos se encuentra conservada a nivel básico, principalmente a través de canales sensoriales, evidenciando preservación parcial de mecanismos de respuesta primarios.

TECNICAS DE VALORACION

- Observación directa estructurada
- Entrevista a cuidadores (informantes clave)
- Escalas observacionales adaptadas

Áreas evaluadas:

- Calidad de vida
- Nivel funcional
- Estado emocional (bienestar/malestar)
- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador)

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS

Se observa un nivel de funcionamiento gravemente comprometido, caracterizado por una dependencia absoluta en el desempeño cotidiano, en el marco de una afectación neurológica extensa, que interfiere de manera significativa en la adaptación al entorno, la interacción social y los procesos comunicativos. A pesar del compromiso global, se identifican manifestaciones de respuesta primaria ante estímulos del entorno, especialmente de tipo sensorial, lo que representa un punto de acceso para la intervención terapéutica, orientada a la activación conductual, regulación de la respuesta y conservación de capacidades básicas aún presentes.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Se configura un cuadro de compromiso neurológico severo de origen no progresivo, compatible con parálisis cerebral asociada a discapacidad intelectual, caracterizado por afectación global en las funciones motoras, cognitivas y adaptativas. La residente presenta dependencia funcional total, con limitaciones significativas en la movilidad, la comunicación y la autonomía, requiriendo asistencia permanente para la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria. A nivel cognitivo, se evidencia compromiso severo en los procesos de atención, memoria, lenguaje y funciones ejecutivas, con ausencia de lenguaje verbal funcional. Desde el componente emocional, se identifica estabilidad afectiva relativa, con presencia

ocasional de manifestaciones de tristeza y llanto, sin evidencia de desregulación conductual persistente. Se reconocen respuestas sensoriales básicas y capacidades residuales, que constituyen un elemento fundamental para la intervención terapéutica.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO

- Estimulación multisensorial: Aplicación de estímulos visuales, táctiles y propioceptivos, orientados a favorecer la reactividad, conexión con el entorno y activación conductual.
- Estimulación cognitiva básica: Actividades simples enfocadas en respuesta a estímulos, reconocimiento y asociación básica, adaptadas a su nivel de funcionamiento.
- Intervención en comunicación no verbal: Fortalecimiento de canales alternativos de comunicación (mirada, gestos, respuestas corporales), facilitando la expresión de necesidades.
- Acompañamiento terapéutico continuo: Presencia activa del área de psicología para favorecer la vinculación al entorno y sostener la participación asistida.
- Regulación emocional: Aplicación de estrategias de contención, validación emocional y contacto terapéutico, especialmente ante episodios de tristeza o llanto.
- Estructuración del entorno: Organización de rutinas y espacios predecibles y estructurados, favoreciendo la adaptación y disminuyendo la desorganización.
- Activación conductual: Promoción de respuestas dirigidas mediante estímulos controlados, favoreciendo la participación básica.
- Apoyo en ABVD: Trabajo articulado con el equipo asistencial para garantizar el cuidado integral y el mantenimiento de condiciones funcionales básicas.
- Trabajo interdisciplinario: Coordinación permanente con el equipo institucional para un manejo integral y continuo del caso.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

1. DATOS GENERALES



Nombre del residente: Lucila Moreno
Edad: 95 **Sexo:** Femenino
Fecha de valoración: Lunes 20/ Abril/ 2026

2. METODOLOGÍA

___x____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x____ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas		X	
	Se ubica en el lugar donde está	X		
	Identifica el día o momento del día		X	
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades			X
	Se distrae con facilidad		X	
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	X		
	Recuerda información personal	X		
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible	x		
	Usa gestos o señas para comunicarse			X
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a			X
	Presenta tristeza o llanto		X	
	Se muestra alegre o participativo/a			X
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas	X		
	Coopera con cuidadores			X
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes			X
	Participa en actividades grupales			X
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente			X
	Requiere ayuda para higiene/vestido			X
	Se moviliza de forma independiente	X		

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: **23**/ 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

El puntaje obtenido (23/40) ubica a la usuaria en un nivel de dependencia funcional moderada, lo cual es consistente con el perfil descrito en la valoración inicial. Se evidencia compromiso significativo en el funcionamiento cognitivo, especialmente en memoria, orientación y lenguaje, con predominio de

comunicación no verbal, así como dificultades en la autonomía para la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria. A pesar de estas limitaciones, se identifican respuestas conductuales y emocionales estables, así como capacidad de cooperación y adecuada respuesta a la estimulación asistida, lo que favorece su participación en actividades terapéuticas. La presencia de capacidades residuales, particularmente en la respuesta a consignas simples y vinculación al entorno bajo mediación, constituye un elemento clave para la intervención.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

Durante la valoración, la usuaria se muestra alerta, con actitud tranquila y conducta regulada, evidenciando bajo nivel de iniciativa espontánea. Requiere acompañamiento constante para la ejecución de actividades, respondiendo de manera favorable a la guía estructurada y al refuerzo positivo. Se observa predominio de comunicación no verbal, mediante gestos y respuestas corporales, con limitaciones importantes en la expresión verbal. A nivel emocional, mantiene estabilidad afectiva general, aunque se registran episodios ocasionales de tristeza o llanto, sin causa claramente identificable. En el componente funcional, presenta dependencia en el autocuidado y movilidad asistida, haciendo uso de silla de ruedas. No obstante, se evidencia adecuada adherencia a las actividades cuando se le brinda acompañamiento, así como disposición favorable ante la estimulación.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

Usuaria con compromiso cognitivo severo en el contexto de discapacidad intelectual y envejecimiento, que cursa con dependencia funcional moderada–alta, evidenciando limitaciones en la autonomía, comunicación y adaptación al entorno. Presenta pensamiento concreto, alteración en funciones ejecutivas, memoria y orientación, con predominio de lenguaje no verbal funcional. A nivel emocional, mantiene tono afectivo eutímico con labilidad leve ocasional, sin presencia de conductas disruptivas. Se destacan capacidades residuales conservadas, especialmente en la respuesta a estímulos, cooperación y seguimiento de instrucciones simples, lo que permite su vinculación a procesos terapéuticos asistidos.

7. CONCLUSIONES GENERALES

La usuaria presenta un nivel de funcionamiento caracterizado por dependencia moderada, con compromiso significativo en el área cognitiva y funcional, que limita su desempeño autónomo en la vida diaria. No obstante, conserva habilidades residuales que favorecen su participación en actividades estructuradas, especialmente cuando cuenta con acompañamiento y mediación terapéutica. Su estabilidad emocional y ausencia de conductas disruptivas facilitan la intervención desde el área de psicología. Se resalta la importancia de mantener intervenciones continuas, estructuradas e individualizadas, orientadas a la estimulación cognitiva, regulación emocional y fortalecimiento de la participación asistida, con el fin de preservar habilidades, promover el bienestar y mejorar su calidad de vida dentro del entorno institucional.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Lucila Moreno
GENERO	Femenino
DOCUMENTO	37.080.578
EDAD	95
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	16/Enero/1931
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin Dato
DIAGNOSTICO	Discapacidad Intelectual
ESTADO CIVIL	Soltera
CONYUGUE	Sin Dato
NÚMEROS DE HIJOS	Sin Dato
ACUDIENTE	Sin Dato
TELÉFONO	Sin Dato
FECHA DE VALORACIÓN	Lunes 20 de Abril/2026

CONDICIONES GENERALES
Usuaria adulta mayor en estado de vigilia conservado, con actitud tranquila y conducta regulada. A nivel afectivo, presenta tono emocional eutímico, sin evidencias de desregulación conductual. Durante la interacción establece contacto visual funcional y muestra respuesta a estímulos del entorno, logrando seguir instrucciones simples. Desde el componente neurocognitivo, se evidencia compromiso significativo en el funcionamiento global, con baja iniciativa y participación espontánea, requiriendo mediación externa para la ejecución de actividades. En el ámbito físico-funcional, se observa dependencia elevada, tanto a nivel motor como cognitivo. Presenta alteración en la marcha, con requerimiento de apoyo técnico permanente para la movilidad (silla de ruedas). Se identifica contextura delgada, edentulismo total y alteración en el control de esfínteres, lo que implica asistencia continua en el autocuidado. A pesar de la condición de dependencia, mantiene adecuadas condiciones de higiene y presentación personal, asociadas al cuidado institucional. Durante la valoración se muestra alerta, con actitud pasiva y bajo nivel de iniciativa, evidenciando necesidad de acompañamiento constante para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	La usuaria se encuentra en manejo farmacológico continuo, conforme a prescripción médica vigente y seguimiento por la EPS, lo que evidencia control clínico de su condición de base.
Autonomía E Independencia	Se identifica un alto nivel de dependencia funcional, con compromiso en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Requiere asistencia permanente para su autocuidado y hace uso de ayuda técnica para la movilidad (silla

	de ruedas), lo que indica limitación significativa en la autonomía motora.
Control De Esfínteres	No Conservado

AREA FAMILIAR

Se evidencia ausencia de red de apoyo sociofamiliar activa, sin registros de contacto, interacción o visitas recientes, lo que indica una desvinculación afectiva y social significativa. Esta condición configura un escenario de alta vulnerabilidad psicosocial, al no contar con figuras externas de referencia que aporten sostén emocional, acompañamiento social o soporte económico. Ante esta situación, la institución Hogar San Matías asume un rol sustitutivo y protector, consolidándose como la principal red de apoyo de la usuaria. Desde este contexto, se garantiza una atención integral, continua y estructurada, orientada a la cobertura de sus necesidades básicas, emocionales y sociales. En este sentido, el entorno institucional no solo compensa la ausencia de soporte familiar, sino que actúa como un espacio de contención, cuidado y acompañamiento terapéutico, favoreciendo el bienestar, la estabilidad emocional y la calidad de vida de la usuaria.

AREA SOCIAL

De acuerdo con su nivel de funcionamiento, la usuaria establece una vinculación básica con el entorno, mediada por sus capacidades cognitivas y funcionales. Su interacción no es espontánea, pero se activa en presencia de estimulación y acompañamiento externo. Se observa participación en actividades psicosociales y terapéuticas bajo modalidad asistida, evidenciando respuestas afectivas favorables, como expresiones de agrado, disposición y mayor activación durante la intervención. Estas dinámicas constituyen un recurso terapéutico relevante para la estimulación global y el bienestar, por lo que se recomienda sostener e intensificar su inclusión, favoreciendo la regularidad, permanencia y adherencia a las actividades, como estrategia orientada a la conservación de capacidades residuales y mejora de la calidad de vida.

AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL

La usuaria presenta un tono afectivo predominantemente eutímico, con adecuada modulación conductual. Durante la interacción establece contacto visual funcional y muestra reactividad a estímulos del entorno, logrando ejecutar consignas simples. A nivel comunicativo, se evidencia compromiso significativo en la expresión verbal, con ausencia de lenguaje oral estructurado funcional. Predomina un sistema de comunicación no verbal, mediante señalamientos, gestos y respuestas corporales, los cuales constituyen su principal medio de interacción con el entorno. En el plano cognitivo, se observa pensamiento de carácter concreto y de baja complejidad, coherente con su condición de base. Se identifican alteraciones significativas en funciones cognitivas superiores, incluyendo funciones ejecutivas, memoria y orientación, con conservación parcial de la orientación autopsíquica (persona) y compromiso en la orientación alopsíquica

(tiempo y espacio). Asimismo, se evidencian limitaciones en la capacidad de introspección y prospección, lo que impacta la autopercepción y la planificación conductual. En el componente afectivo, aunque predomina la estabilidad emocional, se registran episodios ocasionales de tristeza o llanto de aparición no siempre asociada a estímulos identificables, lo que sugiere labilidad afectiva leve.

En cuanto a funciones básicas, mantiene patrones de alimentación y sueño conservados, lo que contribuye a su estabilidad clínica y emocional general.

TECNICAS DE VALORACION

- Observación directa estructurada
- Entrevista a cuidadores (informantes clave)
- Escalas observacionales adaptadas

Áreas evaluadas:

- Calidad de vida
- Nivel funcional
- Estado emocional (bienestar/malestar)
- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador)

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS

Se configura un perfil de funcionamiento con dependencia funcional elevada, en el contexto de compromiso cognitivo de alta severidad, asociado a discapacidad intelectual y proceso de envejecimiento, lo que impacta de manera significativa la autonomía, la comunicación y el procesamiento de la información. Desde el componente conductual y emocional, se evidencia estabilidad relativa, sin manifestaciones de desregulación ni conductas disruptivas, lo que favorece su adaptación y manejo dentro del entorno institucional. Asimismo, se observan respuestas favorables ante la estimulación asistida, lo que indica la presencia de capacidades residuales, susceptibles de ser activadas y sostenidas mediante intervenciones terapéuticas estructuradas y continuas, orientadas al mantenimiento funcional y al bienestar general.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Se configura un cuadro de compromiso cognitivo severo, en el contexto de discapacidad intelectual asociada al envejecimiento avanzado, caracterizado por afectación global en los procesos cognitivos, comunicativos y adaptativos. La usuaria presenta dependencia funcional elevada, con limitaciones significativas en la autonomía, la movilidad y la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria, requiriendo asistencia permanente. A nivel cognitivo, se evidencian alteraciones en funciones ejecutivas, memoria, orientación y lenguaje, con predominio de comunicación no verbal funcional. Desde el componente emocional, mantiene estabilidad afectiva general, con presencia ocasional de labilidad emocional leve (episodios de tristeza o llanto), sin evidencia de desregulación conductual persistente. Se identifican capacidades residuales conservadas, especialmente en la respuesta a estímulos y seguimiento de consignas simples, lo que permite su vinculación a procesos terapéuticos asistidos.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO
• Estimulación cognitiva básica: Actividades orientadas a fortalecer atención, memoria y seguimiento de instrucciones simples, mediante ejercicios repetitivos y estructurados. • Intervención en comunicación no verbal: Fortalecimiento de canales alternativos de comunicación (gestos, miradas, respuestas corporales), facilitando la expresión de necesidades. • Estimulación psicomotriz: Actividades adaptadas que favorezcan la coordinación, lateralidad y esquema corporal, de acuerdo con su nivel funcional. • Estimulación sensorial: Uso de estímulos visuales, táctiles y auditivos, orientados a favorecer la activación y conexión con el entorno. • Regulación emocional: Aplicación de estrategias de contención, validación emocional y acompañamiento terapéutico, especialmente ante episodios de tristeza o llanto. • Estructuración de rutinas: Organización de actividades en secuencias predecibles, favoreciendo la orientación y la seguridad emocional. • Acompañamiento terapéutico continuo: Presencia constante del área de psicología para facilitar la participación, sostener la actividad y promover el bienestar. • Apoyo en ABVD: Trabajo articulado con el equipo asistencial para garantizar el cuidado integral y el mantenimiento de habilidades funcionales básicas. • Trabajo interdisciplinario: Coordinación permanente con el equipo institucional para un manejo integral, coherente y continuo del caso.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

1. DATOS GENERALES



Nombre del residente: José Jairo Medina Cabrera
Edad: 75 **Sexo:** Masculino
Fecha de valoración: Lunes 20/ Abril/ 2026

2. METODOLOGÍA

___x____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x____ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas			X
	Se ubica en el lugar donde está	X		
	Identifica el día o momento del día	X		
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades		X	
	Se distrae con facilidad			X
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	X		
	Recuerda información personal		X	
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible		X	
	Usa gestos o señas para comunicarse		X	
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a			X
	Presenta tristeza o llanto	X		
	Se muestra alegre o participativo/a	X		
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas		X	
	Coopera con cuidadores			X
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes			X
	Participa en actividades grupales			X
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente	X		
	Requiere ayuda para higiene/vestido		X	
	Se moviliza de forma independiente		X	

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: **19** / 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

El puntaje obtenido (19/40) ubica al residente en un nivel de dependencia funcional moderada, lo cual resulta consistente con la valoración inicial, donde se describe un compromiso cognitivo severo con repercusión significativa en la autonomía y el desempeño adaptativo. Se evidencian dificultades marcadas en orientación, memoria, atención y comunicación, con predominio de lenguaje no verbal y limitaciones en el seguimiento de instrucciones. A nivel conductual, se observan fluctuaciones en la regulación emocional, con presencia ocasional de conductas heteroagresivas y respuestas ansiosas, especialmente en contextos específicos como la alimentación. No obstante, el residente presenta capacidad de cooperación, respuesta a la estimulación y participación bajo mediación, lo que evidencia la existencia de habilidades residuales que pueden ser fortalecidas mediante intervenciones estructuradas. La presencia de red familiar intermitente actúa como factor protector en su estabilidad emocional.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

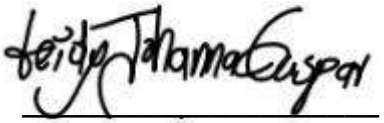
Durante la valoración, el residente se muestra alerta, con actitud tranquila y conducta generalmente regulada, aunque con bajo nivel de iniciativa espontánea. Mantiene contacto visual parcial y responde de manera limitada a estímulos del entorno. Se evidencia predominio de comunicación no verbal, con emisiones sonoras no estructuradas y respuestas corporales, lo que restringe la interacción funcional. A nivel cognitivo, presenta dificultades significativas en la comprensión, atención y orientación, requiriendo guía constante. En el componente conductual, se observan episodios ocasionales de desregulación, incluyendo conductas heteroagresivas y ansiedad, principalmente en situaciones de demanda o durante la alimentación. No obstante, se muestra colaborador cuando se le brinda acompañamiento estructurado. En el ámbito funcional, presenta dependencia en ABVD, con desplazamiento limitado y supervisado. Mantiene adecuadas condiciones de higiene y presentación personal, asociadas al cuidado institucional.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

Residente con compromiso cognitivo global severo en el contexto de discapacidad intelectual, que cursa con dependencia funcional moderada–alta, evidenciando limitaciones significativas en la autonomía, comunicación y adaptación al entorno. Presenta alteraciones en funciones ejecutivas, memoria, orientación y lenguaje, con predominio de comunicación no verbal funcional. A nivel emocional, mantiene estabilidad basal, con presencia ocasional de desregulación conductual, manifestada en ansiedad y conductas heteroagresivas en contextos específicos. Se identifican capacidades residuales conservadas, especialmente en la respuesta a estímulos, cooperación y vinculación asistida, lo que favorece su participación en procesos terapéuticos estructurados.

7. CONCLUSIONES GENERALES

El residente presenta un nivel de funcionamiento caracterizado por dependencia moderada, con compromiso significativo en el área cognitiva y conductual, que limita su desempeño autónomo en la vida diaria. A pesar de las dificultades, conserva habilidades residuales que permiten su participación bajo acompañamiento, evidenciando respuesta positiva a la estimulación y a la mediación terapéutica. La estabilidad emocional relativa, junto con la presencia de red familiar intermitente, favorecen su adaptación al entorno institucional. No obstante, se requiere intervención continua, estructurada e interdisciplinaria, orientada a la regulación conductual, estimulación cognitiva y fortalecimiento de la participación asistida, con el fin de mantener habilidades, promover el bienestar y mejorar su calidad de vida.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	José Jairo Medina Cabrera
GENERO	Masculino
DOCUMENTO	121190031
EDAD	75
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	27/Agosto/1950
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin Escolaridad
DIAGNOSTICO	Discapacidad Intelectual
ESTADO CIVIL	Soltero
CONYUGUE	Sin Dato
NÚMEROS DE HIJOS	Sin Dato
ACUDIENTE	Elsa Medina (Hermana)
TELÉFONO	3223817345 -8662242
FECHA DE VALORACIÓN	Lunes 20 de Abril/2026

CONDICIONES GENERALES
Adulto mayor en estado de vigilia conservado, con actitud tranquila y tono afectivo eutímico, evidenciando estabilidad conductual. Durante la interacción mantiene contacto visual parcial y se muestra colaborador y receptivo dentro de sus posibilidades funcionales. A nivel neurocognitivo, se identifica desorientación global y compromiso en los procesos de comprensión, lo que limita el seguimiento de instrucciones y la adherencia a consignas. En el componente comunicativo, presenta alteración del lenguaje, con predominio de comunicación no verbal, manifestada mediante emisiones sonoras no estructuradas y respuestas corporales. En el ámbito físico-funcional, se evidencia dependencia en las actividades básicas de la vida diaria, con alteración en la marcha asociada a su condición cognitiva. Aunque logra desplazarse de forma limitada por sus propios medios, requiere supervisión. Se observa contextura delgada, edentulismo total y alteración en el control de esfínteres, lo que implica apoyo en el autocuidado. A pesar de su condición clínica, mantiene adecuadas condiciones de higiene, presentación personal y organización general, acordes a su edad y al cuidado institucional.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	El residente se encuentra en manejo farmacológico continuo, conforme a prescripción médica vigente y seguimiento por la EPS, lo que evidencia control y supervisión clínica de su condición de base.
Autonomía E Independencia	Se evidencia dependencia funcional total, con compromiso global en la ejecución de las ABVD. Requiere asistencia permanente y acompañamiento continuo para su autocuidado y funcionamiento cotidiano, lo que indica limitación significativa en su autonomía adaptativa.
Control De Esfínteres	No conservado

AREA FAMILIAR
Se observa preservación del vínculo con su sistema de apoyo primario, manifestado en presencia intermitente de familiares significativos, especialmente la figura fraterna, lo que constituye un elemento modulador positivo en su estado emocional, contribuyendo a la percepción de acompañamiento y contención afectiva.

AREA SOCIAL
Se evidencia compromiso significativo en la competencia social, con ausencia de habilidades de interacción funcional. Durante las actividades psicosociales, cognitivas y físicas se observa inquietud psicomotora y dificultad para sostener la atención, con marcada dispersión atencional. La vinculación a las actividades es limitada y dependiente de mediación externa, logrando incrementarse únicamente mediante acompañamiento constante y guía estructurada. Según reporte del personal asistencial, se presentan de manera ocasional episodios de desregulación conductual, caracterizados por conductas heteroagresivas. Asimismo, durante los momentos de alimentación se evidencia incremento en la activación conductual, manifestado en inquietud y respuestas ansiosas, posiblemente asociadas a dificultades en la regulación emocional y anticipación de la actividad.
AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL
El residente presenta un tono afectivo predominantemente eutímico, con adecuada modulación conductual en condiciones basales. Durante la interacción establece contacto visual parcial y evidencia reactividad a estímulos del entorno, aunque con limitaciones en la comprensión y ejecución de consignas. A nivel comunicativo, se identifica alteración significativa del lenguaje, con ausencia de lenguaje verbal estructurado funcional, predominando un sistema de comunicación no verbal, mediante emisiones sonoras y respuestas corporales, lo que restringe la interacción simbólica. En el componente cognitivo, se observa desorganización global de la orientación, con compromiso en la orientación autopsíquica y alopsíquica, así como alteraciones en procesos atencionales, memoria y funciones ejecutivas, evidenciando dificultades en la planificación, el control conductual y el procesamiento de la información. El pensamiento se caracteriza por ser concreto y de baja complejidad. Desde el componente emocional, aunque predomina la estabilidad, se evidencian episodios ocasionales de desregulación, asociados a situaciones específicas como la alimentación, donde se incrementa la ansiedad y la activación conductual. Asimismo, según reporte, pueden presentarse conductas heteroagresivas, relacionadas con dificultades en la comunicación y la autorregulación.
TECNICAS DE VALORACION
• Observación directa estructurada • Entrevista a cuidadores (informantes clave) • Escalas observacionales adaptadas **Áreas evaluadas:** • Calidad de vida • Nivel funcional • Estado emocional (bienestar/malestar) • Conductas adaptativas • Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador)
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS
Se configura un perfil de funcionamiento con compromiso cognitivo severo, en el contexto de discapacidad intelectual, que impacta de manera significativa la autonomía, la comunicación y la adaptación al entorno. El residente presenta dependencia funcional total, con limitaciones en la ejecución de actividades básicas de la vida diaria, coherente con el nivel de deterioro observado. A nivel conductual, se identifican fluctuaciones en la regulación emocional, con presencia ocasional de conductas desadaptativas, especialmente en contextos de demanda o cambios en la rutina. No obstante, se evidencian respuestas a la estimulación externa y capacidad de vinculación bajo mediación, lo que indica la presencia de habilidades residuales que pueden ser fortalecidas mediante intervenciones estructuradas.

La presencia de red familiar intermitente actúa como factor protector, contribuyendo a su estabilidad emocional y percepción de apoyo.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Residente con compromiso cognitivo global severo, en el marco de discapacidad intelectual, caracterizado por alteraciones significativas en los procesos de orientación, memoria, lenguaje y funciones ejecutivas, con predominio de comunicación no verbal. Presenta dependencia funcional total, con limitaciones en la autonomía y necesidad de asistencia permanente en las actividades básicas de la vida diaria. A nivel conductual y emocional, evidencia estabilidad basal con episodios ocasionales de desregulación, incluyendo ansiedad en situaciones específicas y conductas heteroagresivas, asociadas a dificultades en la autorregulación y comprensión del entorno. Se identifican capacidades residuales, especialmente en la respuesta a estímulos y vinculación asistida, que permiten su inclusión en procesos terapéuticos estructurados.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO

Estimulación cognitiva básica: Actividades orientadas a fortalecer **atención, respuesta a estímulos y seguimiento de consignas simples**, mediante ejercicios repetitivos y estructurados.
Intervención en comunicación no verbal: Fortalecimiento de **canales alternativos de comunicación** (gestos, miradas, respuestas corporales), favoreciendo la expresión de necesidades y disminuyendo la frustración.
Regulación conductual: Aplicación de **refuerzo positivo, modelamiento y redirección**, especialmente en episodios de ansiedad o conductas heteroagresivas.
Manejo de ansiedad en alimentación: Implementación de **rutinas estructuradas, anticipación de la actividad y acompañamiento emocional**, para disminuir la activación conductual en este contexto.
Estimulación sensorial: Uso de estímulos **visuales, táctiles y corporales** para favorecer la activación y conexión con el entorno.
Estructuración del entorno: Organización de **rutinas predecibles y ambientes estructurados**, favoreciendo la comprensión y disminuyendo la desregulación.
Acompañamiento terapéutico continuo: Presencia constante del área de psicología para facilitar la participación, regular la conducta y promover el bienestar.
Apoyo en ABVD: Trabajo articulado con el equipo asistencial para garantizar el **cuidado integral y mantenimiento funcional**.
Trabajo interdisciplinario: Coordinación permanente con el equipo institucional y familiar para un **abordaje integral y coherente**.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

1. DATOS GENERALES

Nombre del residente: Manuel Garzón Tovar
Edad: 93 **Sexo:** Masculino
Fecha de valoración: Martes 21/ Abril/ 2026



2. METODOLOGÍA

___x____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x____ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas		X	
	Se ubica en el lugar donde está	X		
	Identifica el día o momento del día	X		
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades		X	
	Se distrae con facilidad			X
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	X		
	Recuerda información personal	X		
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible	X		
	Usa gestos o señas para comunicarse			X
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a		X	
	Presenta tristeza o llanto		X	
	Se muestra alegre o participativo/a			X
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas	X		
	Coopera con cuidadores			X
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes			X
	Participa en actividades grupales			X
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente			X
	Requiere ayuda para higiene/vestido		X	
	Se moviliza de forma independiente		X	

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: **20/** 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

El puntaje refleja un deterioro neurocognitivo significativo, con compromiso en orientación, memoria, atención y lenguaje, lo cual impacta directamente la funcionalidad y la autonomía del residente. Se evidencia dependencia en actividades básicas de la vida diaria y necesidad de acompañamiento permanente para su ejecución y participación en actividades. A nivel conductual y social, se observa participación mediada, con baja iniciativa y necesidad de estimulación constante. No obstante, conserva habilidades residuales que permiten respuesta a estímulos dirigidos y cooperación bajo direccionamiento, favoreciendo su inclusión en procesos de estimulación terapéutica.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

Se evidencia adulto mayor con deterioro neurocognitivo significativo, con afectación en orientación temporoespacial, memoria y lenguaje. Presenta comunicación limitada y poco estructurada, con predominio de respuestas simples. A nivel conductual, se muestra pasivo pero colaborador, requiriendo acompañamiento constante. La atención es fluctuante, con tendencia a la distractibilidad. En el área funcional, presenta dependencia en AVD y movilidad asistida, lo que evidencia compromiso en su autonomía. Se observa estabilidad emocional, sin conductas agresivas y con adecuada adaptación al entorno institucional.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

Adulto mayor con trastorno neurocognitivo mayor (demencia senil), caracterizado por deterioro global de funciones cognitivas superiores, incluyendo memoria, atención, lenguaje y funciones ejecutivas. Presenta dependencia funcional significativa, con compromiso en la autonomía, la comunicación y la interacción social. A nivel conductual, se evidencia perfil pasivo, con cooperación mediada y necesidad de estimulación constante para su participación. Conserva habilidades residuales que permiten su vinculación a actividades terapéuticas bajo acompañamiento estructurado.

7. CONCLUSIONES GENERALES

Los resultados evidencian un compromiso neurocognitivo significativo con impacto en el funcionamiento global del residente. A pesar de su condición clínica, se identifican capacidades residuales que permiten su inclusión en procesos de estimulación, favoreciendo el mantenimiento funcional y la activación conductual.
Se recomienda continuar con un abordaje interdisciplinario, estructurado y centrado en la persona, orientado al bienestar emocional, la estimulación cognitiva y la calidad de vida.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Manuel Garzón Tovar
GENERO	Masculino
DOCUMENTO	1.621.654
EDAD	93
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	16/Mayo/1932
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin Escolaridad
DIAGNOSTICO	Demencia Senil
ESTADO CIVIL	Soltero
CONYUGUE	Sin Dato
NÚMEROS DE HIJOS	Sin Dato
ACUDIENTE	Gerardo Buendía Sobrino
TELÉFONO	3214532405
FECHA DE VALORACIÓN	Martes 21 de Abril/2026

CONDICIONES GENERALES
Durante la valoración psicológica, la adulta mayor se observa en estado de alerta, con adecuada disposición hacia la interacción, mostrándose colaboradora y receptiva ante el proceso evaluativo. Establece contacto de manera funcional y logra seguir instrucciones simples, lo que permite el desarrollo de la valoración. En cuanto a su presentación personal, mantiene adecuadas condiciones de higiene y arreglo, evidenciando acompañamiento en su cuidado. A nivel cognitivo, se evidencian alteraciones en el funcionamiento global, manifestadas en dificultades en procesos como la atención, la memoria y la orientación, las cuales son congruentes con su diagnóstico de base de demencia senil- Estas alteraciones impactan su desempeño funcional y su capacidad de respuesta ante demandas del entorno. En relación con su estado físico y funcional, la adulta mayor presenta una condición de dependencia significativa, con compromiso en la movilidad que requiere apoyo técnico mediante el uso de silla de ruedas para su desplazamiento. A nivel físico, se observan características acordes a su etapa del ciclo vital, incluyendo uso de prótesis dental y alteración en el control de esfínteres. Estas condiciones, en interacción con el deterioro cognitivo evidenciado, inciden de manera directa en su nivel de autonomía e independencia funcional, configurando un cuadro de alta dependencia para la realización de AVD y la necesidad de acompañamiento y supervisión permanente por parte de sus auxiliares de enfermería.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	El residente se encuentra bajo manejo farmacológico conforme a prescripción médica vigente y seguimiento por la entidad promotora de salud (EPS).
Autonomía E Independencia	Presenta dependencia funcional para la ejecución de ABVD, requiriendo apoyo para el desplazamiento y supervisión continua en su autocuidado.
Control De Esfínteres	Conservado.
AREA FAMILIAR	

Adulto mayor con red de apoyo familiar identificada; no obstante, se evidencia ausencia de contacto y visitas durante los últimos meses, lo que sugiere un bajo nivel de vinculación afectiva y acompañamiento familiar efectivo.

Dicha condición podría incidir en su bienestar emocional y en sus procesos de adaptación al entorno institucional. En la actualidad, el residente se encuentra bajo medida de protección institucional, la cual garantiza la cobertura de sus necesidades básicas y la atención integral desde un enfoque biopsicosocial.

AREA SOCIAL

El residente presenta interacción social significativamente limitada, en correspondencia con su compromiso neurocognitivo. Se evidencia participación en actividades psicosociales y terapéuticas bajo acompañamiento directo, con manifestación de respuesta afectiva positiva ante la estimulación externa.

Se identifican patrones conductuales caracterizados por pasividad, baja iniciativa social y escasa espontaneidad en la interacción, lo que limita su vinculación autónoma a contextos grupales.

En este sentido, requiere intervención estructurada, estimulación continua y mediación terapéutica permanente para favorecer procesos de inclusión, permanencia y participación en dinámicas sociales, contribuyendo al fortalecimiento de habilidades adaptativas y al mantenimiento de su funcionalidad psicosocial.

AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL

El residente se encuentra vigil, con actitud tranquila y estabilidad conductual, evidenciando tono afectivo eutímico. Se muestra cooperador durante la valoración y responde a consignas simples bajo orientación.

Presenta adecuada autopresentación e higiene, con contacto visual intermitente. El lenguaje es hipofluente, con limitada coherencia discursiva, evidenciando compromiso en la organización del pensamiento, el cual se caracteriza por pobreza ideativa y alteraciones en funciones ejecutivas.

En cuanto a la orientación, se encuentra desorientado en tiempo y espacio, conservando orientación en persona. Se identifican alteraciones en los procesos de memoria, así como en la capacidad de introspección y prospección. La atención se muestra inestable, con fluctuaciones en su capacidad de focalización. No se evidencian alteraciones en la conducta alimentaria ni en el patrón de sueño. A nivel conductual, no se observan manifestaciones de agresividad, manteniendo un comportamiento adaptativo dentro de su condición clínica.

TECNICAS DE VALORACION

- Observación directa estructurada
- Entrevista a cuidadores (informantes clave)
- Escalas observacionales adaptadas

Áreas evaluadas:

- Calidad de vida
- Nivel funcional
- Estado emocional (bienestar/malestar)
- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador)

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS

Adulto mayor que cursa con deterioro neurocognitivo de curso crónico, compatible con cuadro demencial, el cual se asocia a compromiso funcional significativo y limitaciones en los procesos comunicativos.
Se evidencia participación en actividades terapéuticas y psicosociales únicamente bajo acompañamiento directo, requiriendo estimulación constante, direccionamiento estructurado y refuerzo externo para favorecer su vinculación y permanencia. La ausencia sostenida de contacto y acompañamiento familiar se configura como un factor de riesgo psicosocial relevante, con posible impacto en su motivación, estado afectivo y respuesta emocional frente a los estímulos del entorno. No obstante, se identifican habilidades residuales que, bajo condiciones de apoyo terapéutico, permiten su inclusión en procesos de estimulación neurocognitiva, orientados al mantenimiento funcional y al favorecimiento de su bienestar psicológico.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Adulto mayor con trastorno neurocognitivo mayor (demencia senil), caracterizado por deterioro global de funciones cognitivas superiores. Presenta dependencia funcional significativa y limitaciones en la comunicación, interacción social y autonomía. Se evidencia perfil conductual pasivo, con cooperación mediada y necesidad de estimulación constante. Conserva habilidades residuales que permiten su vinculación a procesos de estimulación bajo acompañamiento estructurado.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO

- Implementar un programa de estimulación neurocognitiva orientado al mantenimiento de funciones cognitivas básicas (atención, memoria, lenguaje funcional) y habilidades residuales.
- Favorecer la participación en actividades terapéuticas y psicosociales mediante acompañamiento estructurado, refuerzo positivo y estrategias de motivación externa.
- Desarrollar intervenciones de estimulación multisensorial (visual, táctil y propioceptiva) que faciliten la conexión con el entorno y la activación de respuestas adaptativas.
- Mantener rutinas estructuradas que promuevan la orientación, la estabilidad emocional y la seguridad del residente.
- Brindar acompañamiento psicológico continuo enfocado en el bienestar emocional, la regulación conductual y la prevención de aislamiento social.
- Fortalecer la mediación del equipo interdisciplinario en el proceso de atención, garantizando un abordaje integral centrado en la persona.
- Promover, en la medida de lo posible, el restablecimiento o fortalecimiento del vínculo familiar como factor protector psicosocial.
- Favorecer la movilidad asistida del residente, quien deambula con apoyo del personal asistencial, integrando esta actividad como parte de la estimulación funcional y la activación conductual.
- Realizar seguimiento periódico desde el área de psicología, con el fin de evaluar la evolución clínica y ajustar el plan de intervención según la respuesta del residente.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

1. DATOS GENERALES



Nombre del residente: Pedro Cuenca
Edad: 86 **Sexo:** Masculino
Fecha de valoración: Martes 21/ Abril/ 2026

2. METODOLOGÍA

___x____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x____ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas	X		
	Se ubica en el lugar donde está	X		
	Identifica el día o momento del día	X		
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades		X	
	Se distrae con facilidad			X
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	X		
	Recuerda información personal		X	
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible	X		
	Usa gestos o señas para comunicarse			X
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a		X	
	Presenta tristeza o llanto	X		
	Se muestra alegre o participativo/a		X	
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas		X	
	Coopera con cuidadores			X
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes		X	
	Participa en actividades grupales		X	
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente		x	
	Requiere ayuda para higiene/vestido			X
	Se moviliza de forma independiente	X		

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: **17**/ 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

El residente se ubica en un rango de dependencia funcional moderada con tendencia a alta. Con afectación significativa en procesos cognitivos superiores, comunicación y autonomía, especialmente en orientación, memoria reciente y funcionalidad adaptativa.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

Durante el proceso de valoración, el residente se mostró vigil, con contacto parcial con el entorno y respuesta a estímulos externos, predominando una comunicación no verbal mediante gestos. Se evidenció dificultad para sostener la atención de manera continua, con tendencia a la distracción y limitaciones en la comprensión de consignas. A nivel conductual, presentó una actitud generalmente pasiva, alternando con momentos de colaboración cuando recibe acompañamiento directo, especialmente por parte del área de psicología. Se observan fluctuaciones en la disposición emocional y conductual, con episodios ocasionales de irritabilidad. En el ámbito funcional, requiere asistencia total para la movilidad y el autocuidado, siendo dependiente del cuidador. Se destaca que logra vincularse a actividades cuando existe mediación terapéutica estructurada, respondiendo favorablemente a estrategias de motivación, guía y acompañamiento.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

El residente presenta un deterioro cognitivo global de curso progresivo, compatible con un trastorno neurocognitivo mayor de etiología degenerativa, caracterizado por alteraciones en orientación, memoria, funciones ejecutivas y lenguaje. Se evidencian además dificultades en la regulación emocional y conductual, con presencia de labilidad afectiva y episodios de desorganización conductual, lo que impacta su nivel de interacción y participación. A nivel funcional, presenta dependencia significativa en actividades básicas de la vida diaria, con compromiso tanto físico como cognitivo. No obstante, conserva respuestas conductuales y emocionales residuales, que permiten su vinculación a procesos terapéuticos bajo acompañamiento permanente.

7. CONCLUSIONES GENERALES

El residente presenta un perfil clínico caracterizado por deterioro neurocognitivo severo, dependencia funcional y limitaciones en la comunicación, lo que afecta de manera integral su desempeño en las áreas cognitiva, conductual y social. Se identifican fluctuaciones en el estado emocional y en la participación, así como una disminución en la red de apoyo familiar, constituyéndose este último como un factor de riesgo psicosocial relevante. A pesar del compromiso global, se evidencian capacidades residuales que permiten la participación asistida, especialmente cuando se implementan estrategias de intervención estructuradas y acompañamiento terapéutico continuo.

Se recomienda mantener y fortalecer el abordaje interdisciplinario, con énfasis en la estimulación cognitiva, regulación conductual, contención emocional y promoción de la calidad de vida, garantizando un entorno estructurado, predecible y con alto nivel de apoyo.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Pedro Cuenca
GENERO	Masculino
DOCUMENTO	1.638.183
EDAD	86
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	31/Dic/1938
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Desconocido
DIAGNOSTICO	Demencia Senil
ESTADO CIVIL	Viudo
CONYUGUE	Sin Dato
NÚMEROS DE HIJOS	Uno
ACUDIENTE	Luis Humberto Cuenca (Hijo)
TELÉFONO	3142931304
FECHA DE VALORACIÓN	Martes 21 de Abril/2026

CONDICIONES GENERALES

Adulto mayor que se encuentra vigil y con nivel de alerta conservado, evidenciando adecuadas condiciones de higiene y presentación personal. Durante la interacción, establece contacto visual parcial. A nivel comunicativo, presenta lenguaje no verbal predominante, utilizando gestos y señas como principal medio de expresión, con limitaciones en la fluidez y coherencia del lenguaje oral, lo que dificulta la estructuración de un discurso funcional.

En cuanto a la orientación, se encuentra orientado en persona, con desorientación en tiempo y espacio, lo cual es consistente con un compromiso cognitivo significativo. Se evidencian dificultades en la atención sostenida y en la organización del pensamiento, afectando la interacción comunicativa.

A nivel físico, se observa compromiso funcional importante, con alteración en la marcha, requiriendo apoyo total para el desplazamiento mediante silla de ruedas. Presenta contextura delgada, edentulismo total (ausencia de piezas dentales) y incontinencia de esfínteres, lo que sugiere dependencia en actividades básicas de la vida diaria.

En el área conductual, se muestra generalmente pasivo, con adecuada disposición para la colaboración, aunque con limitaciones para sostener un intercambio comunicativo acorde al contexto, asociado a un deterioro cognitivo de carácter significativo.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	El residente se encuentra bajo manejo farmacológico continuo, de acuerdo con prescripción médica vigente y seguimiento por la EPS, lo que sugiere adherencia a tratamiento para el abordaje de sus condiciones de base.
Autonomía E Independencia	Se evidencia un nivel de dependencia funcional significativo, con compromiso en la autonomía para la ejecución de las ABVD. Requiere asistencia permanente para el desplazamiento y para el autocuidado, lo

	cual indica limitaciones en su capacidad de funcionamiento adaptativo.
Control De Esfínteres	No conservado

AREA FAMILIAR

A nivel del sistema familiar, se identifica la presencia de un referente filial formal (hijo en calidad de acudiente); no obstante, se observa desvinculación afectiva y escasa interacción familiar reciente, evidenciada en la inexistencia de visitas o contacto significativo en los últimos meses.

Esta dinámica sugiere una disminución en el soporte socioafectivo primario, lo cual impacta la red natural de apoyo del residente. En consecuencia, la institución asume un rol sustitutivo en términos de contención emocional, acompañamiento y asistencia funcional, consolidándose como principal fuente de apoyo psicosocial en el momento actual.

AREA SOCIAL

Desde la funcionalidad psicosocial, se evidencia disminución en la competencia social, asociada al deterioro cognitivo, lo que afecta la iniciativa, la reciprocidad y la capacidad de vinculación con el entorno.

A nivel conductual, se observan patrones de respuesta fluctuantes, caracterizados por variabilidad en la activación y disposición frente a estímulos sociales y actividades grupales. En algunos momentos presenta conductas de cooperación, respuesta a la estimulación externa y participación básica, mientras que en otros predomina la hipoactividad conductual, el retraimiento y la escasa iniciativa.

Se resalta que la integración a las actividades se ve favorecida mediante el acompañamiento terapéutico del área de psicología, donde, a través de estrategias de motivación, guía estructurada y apoyo continuo, se logra incrementar su nivel de participación y adherencia a las actividades propuestas.

AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL

En cuanto a la orientación, se encuentra autopsíquicamente conservada (orientado en persona), con compromiso alopsíquico (desorientación en tiempo y espacio). Se identifican alteraciones en los procesos mnésicos, así como en la capacidad de introspección y prospección, lo cual limita la autopercepción y la proyección conductual.

A nivel afectivo–emocional, presenta labilidad emocional, con oscilaciones en el estado de ánimo que van desde manifestaciones de bienestar, tranquilidad y disposición colaborativa, hasta episodios de irritabilidad y reactividad conductual, reportándose en ocasiones conductas heteroagresivas según el personal asistencial. Estas variaciones impactan su regulación conductual y nivel de participación en actividades.
Se evidencian además dificultades en la comprensión y seguimiento de instruccioes, asociadas a alteraciones en los procesos atencionales y en la capacidad de concentración. En cuanto a funciones básicas, se observa patrón de sueño y conducta alimentaria conservados, sin alteraciones significativas reportadas.

TECNICAS DE VALORACION

- Observación directa estructurada
- Entrevista a cuidadores (informantes clave)
- Escalas observacionales adaptadas

Áreas evaluadas:

- Calidad de vida
- Nivel funcional
- Estado emocional (bienestar/malestar)
- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador)

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS

El residente presenta un trastorno neurocognitivo de carácter severo, asociado a un alto nivel de dependencia funcional y a compromiso significativo en la capacidad comunicativa, predominando formas no verbales o de baja funcionalidad.

Se evidencian variaciones en la regulación afectiva y en la activación conductual, manifestadas en fluctuaciones en el estado de ánimo y en el grado de implicación en actividades, hallazgos consistentes con el perfil de deterioro cognitivo observado.

A nivel psicosocial, la ausencia sostenida de contacto familiar durante el último trimestre configura un factor de vulnerabilidad, al incidir en la disminución del soporte socioafectivo, con posibles repercusiones en la estabilidad emocional y la disposición motivacional del residente.

No obstante, se identifican capacidades preservadas de carácter residual, que posibilitan su participación bajo mediación, favoreciendo procesos de estimulación cognitiva, interacción básica y mantenimiento de habilidades funcionales, siempre que se brinde acompañamiento estructurado y continuo.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Adulto mayor con cuadro compatible con trastorno neurocognitivo mayor de etiología degenerativa (demencia senil), que cursa con compromiso cognitivo global severo y alto nivel de dependencia funcional, tanto a nivel físico (movilidad asistida mediante silla de ruedas) como en la ejecución de AVD. Se observa reactividad a estímulos del entorno, aunque con presencia de episodios de desregulación conductual, caracterizados por manifestaciones de irritabilidad y conductas heteroagresivas, así como labilidad afectiva. La participación en actividades es intermitente, condicionada por su estado cognitivo y emocional. Requiere acompañamiento permanente y estructurado desde el área de psicología, orientado a la modulación conductual, estimulación cognitiva y sostenimiento de la motivación, con el fin de favorecer su vinculación y funcionalidad dentro del entorno institucional.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO

- Estimulación cognitiva individual y grupal (ejercicios de orientación a la realidad, reconocimiento de personas, actividades sensoriales).
- Psicoestimulación a través de actividades ocupacionales: Incluir tareas simples y significativas (clasificación de objetos, ensamble, actividades manuales) que promuevan la sensación de logro, utilidad y participación activa.
- Intervención conductual mediante refuerzo positivo, modelamiento y estructuración de rutinas.
- Acompañamiento terapéutico permanente desde el área de psicología para facilitar la vinculación

a actividades.

- Terapia de reminiscencia: Utilizar elementos significativos del pasado (música, fotografías, objetos familiares) para estimular la memoria autobiográfica, fortalecer la identidad y generar bienestar emocional.
- Musicoterapia terapéutica: Uso de la música como herramienta para favorecer la activación emocional positiva, la evocación de recuerdos y la disminución de conductas disruptivas.
- Técnicas de validación emocional y contención afectiva en momentos de irritabilidad o desregulación.
- Uso de claves visuales y consignas simples para favorecer la comprensión y ejecución de tareas. Trabajo interdisciplinario con el equipo asistencial para un manejo integral y coherente del residente.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

1. DATOS GENERALES



Nombre del residente: Orlando Claver
Edad: 67 **Sexo:** Masculino
Fecha de valoración: Martes 21/ Abril / 2026

2. METODOLOGÍA

___x____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x____ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas	X		
	Se ubica en el lugar donde está	X		
	Identifica el día o momento del día	X		
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades		X	
	Se distrae con facilidad			X
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	X		
	Recuerda información personal	X		
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible	X		
	Usa gestos o señas para comunicarse			X
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a			X
	Presenta tristeza o llanto	X		
	Se muestra alegre o participativo/a			X
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas		X	
	Coopera con cuidadores		X	
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes			X
	Participa en actividades grupales			X
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente			X
	Requiere ayuda para higiene/vestido		X	
	Se moviliza de forma independiente			x

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: **20**/ 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

El residente presenta un nivel de dependencia moderada, con mayor compromiso en las funciones cognitivas y comunicativas, especialmente en orientación, atención y memoria. A pesar de estas limitaciones, conserva estabilidad emocional y autonomía en la movilidad, lo que favorece su interacción básica con el entorno. Su participación en actividades es dependiente del acompañamiento externo, evidenciando un perfil con capacidades residuales que permiten intervención asistida.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

Durante la valoración, el residente se mostró vigil, con adecuada presentación personal y contacto parcial con el entorno. La comunicación se realizó principalmente a través de gestos y respuestas conductuales simples, evidenciando limitaciones en la comprensión verbal. Se observó dispersión atencional, con dificultad para sostener la actividad sin guía externa. A nivel conductual, presenta una actitud generalmente tranquila y colaboradora, aunque con episodios ocasionales de irritabilidad, según reporte del personal asistencial. En el componente funcional, se destaca autonomía en la deambulación, con marcha lenta pero independiente. No obstante, requiere supervisión y apoyo en actividades de autocuidado, especialmente aquellas que implican organización cognitiva. Se evidencia que responde favorablemente a la mediación terapéutica, logrando mayor nivel de participación cuando se emplean estrategias estructuradas, visuales y repetitivas.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

El residente presenta un funcionamiento cognitivo comprometido, asociado a discapacidad intelectual y déficit sensorial auditivo, lo que impacta la comunicación, la orientación y la capacidad de adaptación al entorno. Se evidencian alteraciones en procesos atencionales, memoria y pensamiento, con predominio de funcionamiento concreto. A nivel emocional, mantiene estabilidad afectiva general, con presencia ocasional de desregulación conductual leve.
En el ámbito funcional, presenta dependencia parcial en actividades básicas de la vida diaria, con mejor desempeño en la movilidad, pero con necesidad de apoyo en tareas estructuradas. Conserva habilidades residuales que permiten la interacción básica, especialmente mediante estímulos visuales y acompañamiento, lo que constituye un elemento clave para la intervención.

7. CONCLUSIONES GENERALES

El residente presenta un perfil de funcionamiento caracterizado por compromiso cognitivo y sensorial, que limita su autonomía, comunicación e interacción social.
Se identifica una condición de vulnerabilidad psicosocial, asociada a la ausencia de red de apoyo familiar, lo cual incrementa la necesidad de contención institucional. A pesar de las

limitaciones, mantiene capacidades funcionales preservadas, especialmente en la movilidad y la respuesta a estímulos, lo que permite su participación asistida en actividades.
Se recomienda mantener un abordaje interdisciplinario continuo, enfocado en:

- Estimulación cognitiva
- Regulación conductual
- Comunicación alternativa
- Fortalecimiento de habilidades adaptativas
- Promoción de la calidad de vida



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Orlando Claver
GENERO	Masculino
DOCUMENTO	1.075.325.780
EDAD	67
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	01/Enero/1959
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin Escolaridad
DIAGNOSTICO	Discapacidad Auditiva E Intelectual
ESTADO CIVIL	Sin Dato
CONYUGUE	Sin Dato
NÚMEROS DE HIJOS	Sin Dato
ACUDIENTE	Sin Dato
TELÉFONO	Sin Dato
FECHA DE VALORACIÓN	Martes 21 de Abril/2026

CONDICIONES GENERALES
Adulto mayor de sexo masculino, en estado de vigilia conservado, con adecuadas condiciones de higiene y presentación personal. Durante la interacción establece contacto visual parcial. Se identifica compromiso en la comunicación verbal, con lenguaje oral ausente, asociado a discapacidad auditiva, lo que limita la interacción comunicativa funcional. A nivel neurocognitivo, presenta deterioro cognitivo global, evidenciado por desorientación alopsíquica (en tiempo y espacio) y dificultades en los procesos atencionales, particularmente en la capacidad de fijación y mantenimiento de la atención, con marcada dispersión atencional. En el componente emocional, se observa estado de ánimo eutímico, sin manifestaciones de angustia, agitación o alteraciones conductuales significativas, manteniendo estabilidad afectiva general. Desde el ámbito físico-funcional, el residente presenta dependencia cognitiva con relativa conservación de la autonomía motora, evidenciando marcha lenta pero funcional, con deambulación independiente dentro de la institución. Se observa contextura delgada, edentulismo parcial (escasas piezas dentales) y control de esfínteres conservado, lo que sugiere un nivel funcional parcialmente preservado en comparación con el componente cognitivo.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	El residente se encuentra en tratamiento farmacológico activo, bajo formulación médica vigente y control por la EPS, lo que sugiere seguimiento clínico continuo de su condición de base.
Autonomía E Independencia	Se evidencia un compromiso predominante a nivel cognitivo, que impacta la capacidad de funcionamiento adaptativo. Presenta dependencia parcial en la ejecución de las ABVD, requiriendo supervisión y apoyo frecuente, especialmente en tareas que implican planificación, secuenciación y toma de decisiones, debido a sus limitaciones cognitivas.
Control De Esfínteres	Conservado
AREA FAMILIAR	

Se evidencia una desvinculación significativa del sistema familiar, caracterizada por la ausencia de interacción, contacto o presencia de figuras de apoyo primario, lo que indica un déficit en el sostén socioafectivo externo. El ingreso del residente se enmarca en una condición de desprotección social, asociada a dinámicas de abandono y vulnerabilidad, lo cual ha implicado la institucionalización como medida de garantía de cuidado y protección.

En este contexto, la institución asume un rol contenedor y compensatorio, proporcionando soporte emocional, acompañamiento y asistencia funcional, ante la carencia de una red natural de apoyo.

AREA SOCIAL

Se identifica compromiso en la competencia social, asociado a limitaciones sensoriales (discapacidad auditiva) y cognitivas, lo que restringe la iniciativa social, la comunicación funcional y la reciprocidad en la interacción con otros. A nivel funcional, presenta autonomía en la deambulación, movilizándose de manera independiente dentro del entorno institucional; sin embargo, su vinculación a espacios grupales y actividades estructuradas (psicosociales, cognitivas y físicas) se encuentra mediada por apoyo externo, debido a dificultades en la comprensión, seguimiento y sostenimiento de la actividad.

En este sentido, requiere acompañamiento permanente y mediación terapéutica, orientados a facilitar la interacción con pares, promover la inclusión social y sostener su participación en las actividades programadas.

AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL

El residente presenta compromiso sensorial auditivo con ausencia de lenguaje oral funcional, lo que limita la comunicación verbal y favorece el uso de canales alternativos no verbales. A nivel cognitivo, se evidencia desorientación alopsíquica, con alteraciones en los procesos atencionales y en la capacidad de concentración, así como predominio de pensamiento concreto y disminución en las habilidades de razonamiento y procesamiento de la información.

En el componente afectivo, se observa tono emocional predominantemente eutímico, sin indicadores persistentes de desregulación emocional; no obstante, según reporte del personal asistencial, de manera ocasional presenta episodios de desregulación conductual, caracterizados por manifestaciones de irritabilidad y conductas heteroagresivas, generalmente asociadas a dificultades en la comunicación, comprensión del entorno o cambios en la rutina.

Durante la interacción mantiene contacto visual parcial, lo que permite cierto nivel de conexión con el entorno. Se identifican capacidades funcionales residuales, que facilitan una interacción básica mediada por estímulos sensoriales, gestuales y la estructuración de rutinas, favoreciendo su adaptación al contexto institucional.

TECNICAS DE VALORACION

- Observación directa estructurada
- Entrevista a cuidadores (informantes clave)
- Escalas observacionales adaptadas

Áreas evaluadas:

- Calidad de vida
- Nivel funcional
- Estado emocional (bienestar/malestar)
- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas

mediante observación y reporte del cuidador)

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS

El residente presenta un perfil de alta vulnerabilidad psicosocial, asociado a un trastorno neurocognitivo de curso avanzado y déficit sensorial auditivo, lo cual impacta de manera significativa su funcionamiento adaptativo, la interacción social y la autonomía personal. Se evidencia compromiso en los procesos atencionales, con dificultades en la focalización, mantenimiento y control de la atención, manifestándose en dispersión y baja capacidad de sostenimiento de la actividad. Su nivel de participación es dependiente de la mediación externa, requiriendo acompañamiento constante para la ejecución y permanencia en actividades estructuradas.

A nivel funcional, presenta dependencia significativa en la mayoría de las actividades básicas de la vida diaria, en coherencia con su deterioro cognitivo. La ausencia de una red de apoyo familiar activa configura un factor de riesgo psicosocial relevante, que incide en su bienestar emocional y procesos de adaptación, demandando intervención específica y continua desde el equipo interdisciplinario. No obstante, se identifican capacidades residuales preservadas, evidenciadas en la respuesta a estímulos visuales, gestuales y conductuales simples, lo cual constituye un recurso terapéutico clave para la implementación de estrategias de estimulación sensorial, motriz y cognitiva, orientadas al mantenimiento de habilidades y mejora de la calidad de vida.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Se configura un perfil de funcionamiento con compromiso significativo en los procesos cognitivos y adaptativos, en el contexto de discapacidad auditiva y limitaciones en el funcionamiento intelectual, lo que impacta de manera directa la comunicación, la autonomía y la interacción con el entorno. El residente presenta dependencia parcial en las actividades básicas de la vida diaria, con mayor afectación en aquellas que requieren organización cognitiva, comprensión y secuenciación, manteniendo cierta autonomía motora. Se identifica además una condición de vulnerabilidad psicosocial asociada a la ausencia de red de apoyo familiar, lo cual incrementa la necesidad de contención y soporte institucional.

A pesar de las limitaciones, conserva capacidades residuales funcionales, que permiten su vinculación al entorno bajo mediación, constituyendo un punto clave para el abordaje terapéutico.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO

- Estimulación cognitiva básica: Actividades orientadas a fortalecer atención, seguimiento de consignas simples y reconocimiento del entorno, mediante apoyos visuales y repetición estructurada.
- Intervención en comunicación alternativa: Implementación de estrategias gestuales, visuales y señalamientos, facilitando la expresión de necesidades y reduciendo la frustración comunicativa.
- Estructuración de rutinas: Organización del día en secuencias predecibles, favoreciendo la comprensión del entorno y disminuyendo la desregulación conductual.
- Intervención conductual: Aplicación de refuerzo positivo, modelamiento y redirección, especialmente en episodios de irritabilidad o desorganización conductual.
- Estimulación sensorial: Uso de estímulos visuales, táctiles y corporales que favorezcan la activación, conexión con el entorno y participación.
- Acompañamiento terapéutico permanente: Presencia activa del área de psicología para facilitar la vinculación a actividades, sostenimiento de la atención y regulación emocional.
- Entrenamiento en habilidades adaptativas: Apoyo en actividades básicas (higiene, alimentación, organización), promoviendo el mayor nivel de independencia posible.

- Intervención psicoemocional: Aplicación de técnicas de contención, validación emocional y anticipación de cambios, para disminuir ansiedad e irritabilidad.
- Trabajo interdisciplinario: Articulación con equipo asistencial para manejo coherente de rutinas, conductas y necesidades del residente.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

1. DATOS GENERALES

Nombre del residente: Celsa Cárdenas Albañil
Edad:95 **Sexo:** Femenino
Fecha de valoración: miércoles 22/ Abril / 2026



2. METODOLOGÍA

___x____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x____ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas	X		
	Se ubica en el lugar donde está	X		
	Identifica el día o momento del día	x		
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades		x	
	Se distrae con facilidad			x
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	X		
	Recuerda información personal	X		
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible	X		
	Usa gestos o señas para comunicarse			X
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a			X
	Presenta tristeza o llanto	X		
	Se muestra alegre o participativo/a		X	
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas	X		
	Coopera con cuidadores		X	
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes		X	
	Participa en actividades grupales		X	
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente	X		
	Requiere ayuda para higiene/vestido			X
	Se moviliza de forma independiente	x		

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: **13/** 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

La residente presenta un nivel de dependencia funcional alta, con compromiso severo en las funciones cognitivas, comunicativas y adaptativas, especialmente en orientación, memoria y atención. Requiere asistencia permanente en las ABVD. Aunque mantiene estabilidad emocional, su participación es limitada y dependiente de acompañamiento, evidenciando solo capacidades residuales básicas para la interacción.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

Durante la valoración, la residente se mostró vigil, con actitud pasiva y limitada interacción con el entorno, estableciendo contacto parcial. La comunicación es altamente restringida, con escasa funcionalidad verbal. Se evidenció marcada dificultad para sostener la atención, con necesidad de acompañamiento constante. A nivel emocional, se mantiene estable, sin signos de agitación o desregulación conductual. En el componente funcional, presenta dependencia elevada, requiriendo asistencia permanente para desplazamiento y autocuidado. Su participación en actividades se logra únicamente bajo mediación directa.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

La residente presenta un deterioro neurocognitivo severo, compatible con un trastorno neurocognitivo mayor en fase avanzada, caracterizado por compromiso global de funciones cognitivas superiores. Se evidencia dependencia funcional alta, con afectación significativa en la autonomía y en la capacidad de adaptación al entorno. A nivel emocional, mantiene estabilidad afectiva, sin manifestaciones conductuales disruptivas actuales. Presenta mínimas capacidades residuales, que permiten respuesta a estímulos básicos bajo acompañamiento estructurado**.**

7. CONCLUSIONES GENERALES

La residente presenta un estado de deterioro avanzado, con dependencia funcional alta y compromiso global en las áreas cognitiva, conductual y adaptativa. La ausencia de red de apoyo familiar incrementa su condición de vulnerabilidad, siendo la institución su principal fuente de cuidado. Se identifican capacidades residuales limitadas, que permiten intervención únicamente bajo acompañamiento continuo.
Se recomienda mantener un abordaje interdisciplinario permanente, enfocado en:

- Estimulación cognitiva básica
- Contención emocional
- Regulación conductual
- Apoyo total en ABVD
- Promoción de calidad de vida

LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	CELSA CARDENAS ALBAÑIL
GENERO	Femenina
DOCUMENTO	37.080.559
EDAD	95
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	12/Marzo/1931
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin Escolaridad
DIAGNOSTICO	Demencia Senil
ESTADO CIVIL	Soltera
CONYUGUE	Sin Dato
NÚMEROS DE HIJOS	Sin Dato
ACUDIENTE	Sin Dato
TELÉFONO	Sin Dato
FECHA DE VALORACIÓN	Miércoles 22 de Abril/2026

CONDICIONES GENERALES
Adulta mayor en estado de vigilia conservado, con adecuadas condiciones de higiene, presentación personal y organización general. Durante la valoración se observa actitud pasiva, con limitaciones en la interacción comunicativa, evidenciadas en la dificultad para estructurar un discurso coherente, lo cual es consistente con un compromiso en el funcionamiento cognitivo. A nivel neurocognitivo, se infiere deterioro global, asociado a alteraciones en los procesos de pensamiento y comunicación funcional. En el componente afectivo, presenta estado de ánimo eutímico, con estabilidad emocional, sin indicadores actuales de agitación o desregulación conductual. Desde el ámbito físico-funcional, se evidencia dependencia significativa tanto a nivel motor como cognitivo, con alteración en la marcha, lo que limita la movilidad autónoma. Se observa edentulismo total (ausencia de piezas dentales) y compromiso en el control de esfínteres, lo que implica necesidad de apoyo en el autocuidado. No se reportan cambios conductuales relevantes respecto a valoraciones previas, manteniendo un patrón de comportamiento estable dentro de su condición clínica.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	La residente se encuentra bajo manejo farmacológico continuo, conforme a prescripción médica vigente y seguimiento por la EPS, lo que indica control clínico de su condición de base.
Autonomía E Independencia	Se evidencia un alto nivel de dependencia funcional, con compromiso en la ejecución de las ABVD. Requiere asistencia permanente para el desplazamiento, así como apoyo en actividades de autocuidado, lo que refleja limitaciones en su funcionamiento adaptativo global.
Control De Esfínteres	No conservada

AREA FAMILIAR
Se evidencia ausencia de red de apoyo sociofamiliar activa, sin registros recientes de contacto o interacción con figuras familiares o redes significativas, según reporte del personal asistencial. Esta condición refleja un déficit en el soporte socioafectivo primario, siendo el centro de protección quien asume el rol de contención, cuidado y acompañamiento integral, garantizando la cobertura de sus necesidades básicas y emocionales dentro del entorno institucional.

AREA SOCIAL
Se identifica una reducción en la funcionalidad social, asociada a su condición cognitiva y nivel de dependencia, lo que repercute en la baja iniciativa para la interacción y en la limitada participación espontánea en el entorno. Su involucramiento en actividades se encuentra condicionado por la mediación del cuidador o del profesional, siendo necesaria la estructuración y el acompañamiento para sostener su permanencia en las mismas. Ante esta mediación, se observa respuesta favorable al estímulo externo, evidenciada en conductas de adhesión a la actividad y cooperación dirigida, lo que indica preservación parcial de la capacidad de respuesta social.
AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL
Se evidencia compromiso en los procesos de comunicación, con lenguaje oral de baja funcionalidad, limitado a emisiones sonoras y expresiones básicas, lo que restringe la interacción verbal. A nivel cognitivo, se observa disminución en la complejidad del pensamiento, con afectación en las funciones ejecutivas (planificación, organización y control de la conducta). En cuanto a la orientación, presenta desorganización alopsíquica, con compromiso en los procesos mnésicos, así como en la capacidad de autoconciencia (introspección) y proyección conductual (prospección). A nivel funcional, se identifican alteraciones en los patrones de alimentación y sueño, requiriendo apoyo externo para la regulación y mantenimiento de hábitos básicos. Desde el componente conductual, no se evidencian manifestaciones de agresividad ni cambios conductuales recientes, manteniendo un patrón comportamental estable dentro de su condición clínica.
TECNICAS DE VALORACION
• Observación directa estructurada • Entrevista a cuidadores (informantes clave) • Escalas observacionales adaptadas **Áreas evaluadas:** • Calidad de vida • Nivel funcional • Estado emocional (bienestar/malestar) • Conductas adaptativas • Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador)
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS
Se configura un perfil de alta vulnerabilidad psicosocial, asociado a compromiso cognitivo de curso progresivo y limitaciones funcionales significativas, lo que determina un elevado nivel de dependencia en el desempeño cotidiano. La ausencia de red de apoyo sociofamiliar y la condición de institucionalización bajo medida de protección sitúan a la residente en un contexto de desprotección primaria compensada por el entorno institucional. Desde el componente emocional y conductual, se observa estabilidad relativa, sin evidencia actual de desregulación o sintomatología aguda que amerite intervención inmediata. No obstante, se mantiene un deterioro cognitivo consistente con un cuadro de etiología degenerativa, compatible con el diagnóstico de demencia, lo cual requiere seguimiento clínico continuo y abordaje terapéutico sostenido.
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Se configura un cuadro de deterioro neurocognitivo mayor de curso progresivo, compatible con demencia de etiología degenerativa, caracterizado por compromiso global en los procesos cognitivos, comunicativos y adaptativos. La residente presenta dependencia funcional significativa, con afectación tanto a nivel motor como cognitivo, lo que limita su autonomía en las actividades básicas de la vida diaria. Se evidencia además empobrecimiento del lenguaje funcional, alteraciones en memoria, orientación y funciones ejecutivas, coherentes con la fase avanzada del trastorno. Desde el componente psicosocial, se identifica una condición de vulnerabilidad asociada a la ausencia de red de apoyo familiar, lo que implica dependencia institucional para la cobertura de necesidades básicas y emocionales.
A nivel conductual y emocional, mantiene estabilidad afectiva relativa, sin presencia de sintomatología disruptiva actual, lo que favorece la implementación de intervenciones terapéuticas.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO

- Estimulación cognitiva básica: Actividades orientadas a mantener funciones como atención, reconocimiento y respuesta a estímulos, mediante ejercicios simples, repetitivos y estructurados. Intervención en orientación a la realidad: Uso de referentes visuales, rutinas y claves contextuales que faciliten la ubicación en el entorno.
- Estimulación sensorial: Implementación de estrategias visuales, táctiles y auditivas (si es posible) que favorezcan la activación y conexión con el entorno.
- Acompañamiento terapéutico continuo: Presencia activa del área de psicología para facilitar la vinculación a actividades y sostener la participación.
- Intervención conductual: Aplicación de refuerzo positivo, modelamiento y redirección, favoreciendo conductas adaptativas.
- Estructuración de rutinas: Organización del entorno en secuencias predecibles, disminuyendo desorientación y ansiedad.
- Contención emocional: Uso de estrategias de validación, acompañamiento afectivo y contacto terapéutico, fortaleciendo la seguridad emocional.
- Apoyo en actividades básicas: Trabajo conjunto con el equipo asistencial para promover el mayor nivel de funcionalidad posible en ABVD.
- Trabajo interdisciplinario: Articulación permanente con el equipo institucional para manejo integral del caso.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS GENERALES



Nombre del residente: Wilson Augusto Avendaño Guzmán
Edad: 36 **Sexo:** Masculino
Fecha de valoración: Miércoles 22/ Abril/ 2026

1. **METODOLOGÍA**

___x____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x____ Registro institucional

2. **ESCALA OBSERVACIONAL**

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas			X
	Se ubica en el lugar donde está	X		
	Identifica el día o momento del día	X		
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades		X	
	Se distrae con facilidad			X
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	X		
	Recuerda información personal	X		
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible	X		
	Usa gestos o señas para comunicarse		X	
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a	X		
	Presenta tristeza o llanto		X	
	Se muestra alegre o participativo/a			X
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas		X	
	Coopera con cuidadores			X
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes			X
	Participa en actividades grupales			X
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente	X		
	Requiere ayuda para higiene/vestido			X
	Se moviliza de forma independiente	X		

3. **PUNTAJE TOTAL**

Total obtenido: **18**/ 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

El puntaje ubica al residente en un nivel de dependencia funcional moderada con alta severidad funcional, con compromiso significativo en las áreas cognitiva, comunicativa y adaptativa, en el contexto de una condición neurológica de alta severidad. Se evidencian alteraciones marcadas en orientación, memoria, lenguaje y funciones ejecutivas, coherentes con su diagnóstico de parálisis cerebral asociada a discapacidad intelectual. A nivel atencional, presenta dificultades en la focalización y mantenimiento de la atención, con tendencia a la distractibilidad. En el componente funcional, aunque la escala lo ubica en rango moderado, clínicamente se observa dependencia casi total en las actividades básicas de la vida diaria, especialmente en movilidad y autocuidado, requiriendo asistencia permanente. A nivel emocional y conductual, se evidencia estabilidad afectiva relativa, con presencia de respuestas positivas a la estimulación externa, lo que permite su participación bajo acompañamiento estructurado.

4. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

Durante la valoración, el residente se mostró vigil, clínicamente estable y con adecuada presentación personal, estableciendo contacto visual ocasional. La interacción se caracteriza por limitaciones en la comunicación verbal, evidenciándose uso de expresiones no estructuradas y respuestas básicas. Se observó baja reactividad al entorno, con mejor respuesta ante estímulos sensoriales dirigidos. A nivel conductual, presenta actitud generalmente tranquila y colaboradora, con adecuada respuesta al acompañamiento del personal. En el componente funcional, se confirma dependencia total, con uso de silla de ruedas y necesidad de apoyo permanente en todas las actividades. Su participación en actividades se logra únicamente mediante mediación terapéutica.

5. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

El residente presenta un funcionamiento global severamente comprometido, asociado a parálisis cerebral y discapacidad intelectual, lo que impacta de manera significativa la movilidad, la comunicación, la cognición y la adaptación al entorno. Se evidencian alteraciones en procesos cognitivos superiores, con ausencia de lenguaje funcional y compromiso en la interacción social. A nivel emocional, mantiene estabilidad afectiva, sin manifestaciones de desregulación significativa. Se identifican capacidades residuales básicas, principalmente a nivel sensorial, que permiten respuesta a estímulos y participación asistida en actividades terapéuticas.

6. CONCLUSIONES GENERALES

El residente presenta un perfil clínico caracterizado por compromiso neurológico severo y dependencia funcional total, que limita su desempeño en las actividades de la vida diaria y su interacción con el entorno. Se evidencia afectación global en las áreas cognitiva, motora y comunicativa, con necesidad de asistencia permanente. A pesar de la severidad del cuadro, se observan respuestas residuales a la estimulación, lo que permite intervención terapéutica enfocada en:

- Estimulación multisensorial
- Activación conductual
- Mantenimiento de funciones básicas
- Mejora de la calidad de vida

Se recomienda mantener un abordaje interdisciplinario continuo, con énfasis en el acompañamiento permanente.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Wilson Augusto Avendaño Guzmán
GENERO	Masculino
DOCUMENTO	1.075.236.480
EDAD	36
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	2/Dic/1989
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin Escolaridad
DIAGNOSTICO	Parálisis Cerebral - Discapacidad Intelectual
ESTADO CIVIL	Soltero
CONYUGUE	Sin Dato
NÚMEROS DE HIJOS	Sin Dato
ACUDIENTE	Blanca Elisa Guzmán (Madre)
TELÉFONO	3112957760 - 3167655784
FECHA DE VALORACIÓN	Miércoles 22 de Abril/2026

CONDICIONES GENERALES
Residente con compromiso multisistémico, caracterizado por afectación severa a nivel motor y cognitivo, compatible con una condición de discapacidad múltiple. Se encuentra en estado de vigilia conservado, clínicamente estable, con adecuadas condiciones de higiene y presentación personal. Durante la interacción establece contacto visual ocasional. A nivel neurocognitivo, presenta respuesta limitada a los estímulos del entorno, lo que evidencia baja reactividad y compromiso en los procesos de interacción y procesamiento de la información. Desde el componente afectivo, se observa estado de ánimo eutímico, sin indicadores actuales de desregulación emocional o conductual. En el ámbito físico-funcional, se evidencia dependencia total para la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria, con ausencia de marcha (no deambulación) y requerimiento de asistencia permanente para el desplazamiento y el autocuidado. Presenta además incontinencia de esfínteres, lo que implica apoyo continuo en el manejo fisiológico. En cuanto a funciones básicas, mantiene patrones de sueño y alimentación conservados, dentro de su condición clínica.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	El residente se encuentra en manejo farmacológico continuo, conforme a formulación médica vigente y seguimiento por la EPS, lo que evidencia control clínico de su condición de base.
Autonomía E Independencia	Se observa un nivel de dependencia funcional total, con compromiso global en la ejecución de las ABVD. Requiere asistencia completa y permanente en todas las áreas de funcionamiento, haciendo uso de silla de ruedas como apoyo técnico para la movilidad, lo que indica limitación significativa en la autonomía motora.
Control De Esfínteres	No Conservado
AREA FAMILIAR	

Se identifica la existencia de una red de apoyo sociofamiliar formal, representada principalmente por la figura materna; adicionalmente, se evidencia reactivación reciente del vínculo familiar, registrada a través de la visita del hermano y la tía, lo que sugiere presencia incipiente de interacción y acercamiento por parte de la red extensa. Este hecho constituye un indicador positivo en términos de vinculación socioafectiva, que puede favorecer los procesos de acompañamiento emocional, adherencia a la atención y bienestar general del residente.

Se recomienda fortalecer y dar continuidad a estos acercamientos familiares, promoviendo la participación activa y sostenida de la red de apoyo, en articulación con el equipo interdisciplinario, como estrategia de protección y apoyo psicosocial.

AREA SOCIAL

Se evidencia restricción en la funcionalidad social, asociada a su condición física y compromiso cognitivo, lo que limita la iniciativa y la interacción espontánea con pares. La vinculación a escenarios grupales se realiza bajo mediación terapéutica, mediante estrategias implementadas desde el área de psicología, orientadas a facilitar su inclusión y permanencia en actividades estructuradas. Estas intervenciones permiten la exposición controlada a estímulos sociales básicos, favoreciendo la activación conductual, la respuesta a la interacción y el mantenimiento de habilidades residuales de vinculación con el entorno.

AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL

El residente establece contacto visual intermitente, lo que sugiere una conexión limitada con el entorno. A nivel cognitivo, presenta desorganización global de la orientación, con afectación significativa en procesos atencionales, mnésicos y del lenguaje, evidenciándose ausencia de lenguaje verbal funcional y presencia de emisiones sonoras no estructuradas. Se observa compromiso severo de las funciones ejecutivas, así como de las capacidades de juicio y razonamiento, lo que limita la regulación conductual y la adaptación al entorno. En el componente afectivo, mantiene tono emocional eutímico, sin signos actuales de desregulación emocional. La reactividad a estímulos se encuentra conservada de manera básica, predominando respuestas a nivel sensorial, lo que indica preservación parcial de mecanismos de respuesta primarios.

TECNICAS DE VALORACION

- Observación directa estructurada
- Entrevista a cuidadores (informantes clave)
- Escalas observacionales adaptadas

Áreas evaluadas:

- Calidad de vida
- Nivel funcional
- Estado emocional (bienestar/malestar)
- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador)

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS

Se observa un patrón de funcionamiento profundamente limitado, caracterizado por una dependencia absoluta en el desempeño cotidiano, en el marco de una afectación neurológica extensa, compatible con un cuadro de deterioro cognitivo avanzado. Esta condición repercute de manera significativa en la

capacidad de adaptación al entorno, la interacción social y la expresión comunicativa. No obstante, se identifican manifestaciones reactivas de bajo nivel ante la estimulación del entorno, principalmente a través de canales sensoriales, lo cual constituye un punto de entrada para la intervención terapéutica, orientada a la activación, modulación de la respuesta y preservación de funciones residuales básicas.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Se configura un cuadro de compromiso neurológico severo de origen no progresivo, compatible con parálisis cerebral asociada a discapacidad intelectual, caracterizado por afectación global en las funciones motoras, cognitivas y adaptativas. El residente presenta dependencia funcional total, con limitaciones significativas en la movilidad, la comunicación y la autonomía, requiriendo asistencia permanente para la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria. A nivel cognitivo, se evidencia compromiso severo en los procesos de atención, memoria, lenguaje y funciones ejecutivas, con ausencia de lenguaje verbal funcional. Desde el componente conductual y emocional, mantiene estabilidad afectiva relativa, sin presencia de desregulación significativa, lo que favorece la implementación de intervenciones terapéuticas estructuradas. Se identifican respuestas sensoriales básicas y capacidades residuales, que constituyen un elemento clave para el abordaje clínico.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO

- Estimulación multisensorial: Aplicación de estímulos visuales, táctiles y auditivos (si aplica) orientados a favorecer la reactividad, activación y conexión con el entorno.
- Estimulación cognitiva básica: Actividades simples enfocadas en respuesta a estímulos, reconocimiento y asociación básica, adaptadas a su nivel de funcionamiento.
- Intervención en comunicación no verbal: Fortalecimiento de canales alternativos de comunicación (gestos, miradas, respuestas corporales), favoreciendo la expresión de necesidades.
- Acompañamiento terapéutico continuo: Presencia constante del área de psicología para facilitar la vinculación al entorno y sostener la participación asistida.
- Regulación conductual: Aplicación de refuerzo positivo y modelamiento, orientado a favorecer respuestas adaptativas básicas.
- Estructuración del entorno: Organización de rutinas y espacios predecibles y estables, disminuyendo la desorganización y facilitando la adaptación.
- Contención emocional: Implementación de estrategias de acompañamiento afectivo, contacto terapéutico y validación emocional, promoviendo sensación de seguridad.
- Apoyo en actividades básicas (ABVD): Trabajo articulado con el equipo asistencial para garantizar el cuidado integral y el mantenimiento de condiciones funcionales básicas.
- Trabajo interdisciplinario: Coordinación continua con el equipo institucional para un manejo integral, coherente y sostenido del residente.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

1. DATOS GENERALES



Nombre del residente: Leidy Yohana Avendaño Guzmán
Edad: 41 **Sexo:** Femenino
Fecha de valoración: Miércoles 22/ Abril/ 2026

2. METODOLOGÍA

___x____ Observación directa
___x___ Entrevista a cuidador
___x____ Registro institucional

3. ESCALA OBSERVACIONAL

Instrucciones: Marque con una (X) la opción que mejor describa el comportamiento del adulto mayor.

Área	Ítem	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuente (2)
ORIENTACIÓN	Reconoce personas cercanas	X		
	Se ubica en el lugar donde está	X		
	Identifica el día o momento del día	X		
ATENCIÓN	Mantiene la atención en actividades	X		
	Se distrae con facilidad			X
MEMORIA	Recuerda eventos recientes	X		
	Recuerda información personal	X		
COMUNICACIÓN	Se comunica de manera comprensible	X		
	Usa gestos o señas para comunicarse	X		
ESTADO EMOCIONAL	Se muestra tranquilo/a		X	
	Presenta tristeza o llanto			X
	Se muestra alegre o participativo/a	X		
CONDUCTA	Presenta conductas agresivas	X		
	Coopera con cuidadores		X	
SOCIALIZACIÓN	Interactúa con otros residentes		X	
	Participa en actividades grupales		X	
AUTONOMÍA (AVD)	Se alimenta de forma independiente	X		
	Requiere ayuda para higiene/vestido			X
	Se moviliza de forma independiente	X		

4. PUNTAJE TOTAL

Total obtenido: **10**/ 40

Interpretación:
0 – 13: Dependencia alta
14 – 26: Dependencia moderada
27 – 40: Funcionamiento conservado

El puntaje ubica a la residente en un nivel de dependencia funcional alta, evidenciando compromiso severo en las áreas cognitiva, comunicativa y adaptativa. Se identifican alteraciones significativas en orientación, memoria, lenguaje y funciones ejecutivas, coherentes con su diagnóstico de parálisis cerebral asociada a discapacidad intelectual. A nivel atencional, presenta baja capacidad de focalización y alta distractibilidad. En el componente funcional, se confirma dependencia total en las actividades básicas de la vida diaria, requiriendo asistencia permanente para movilidad, autocuidado y regulación de funciones fisiológicas. A nivel emocional, se evidencian manifestaciones de tristeza y llanto, con estabilidad relativa en otros momentos, lo que sugiere necesidad de acompañamiento emocional constante. El perfil refleja un funcionamiento global severamente comprometido, con respuestas básicas a la estimulación, que permiten intervención únicamente bajo mediación.

5. OBSERVACIONES CUALITATIVAS

Durante la valoración, la residente se mostró vigil, clínicamente estable y con adecuada presentación personal, estableciendo contacto visual ocasional. La interacción se caracteriza por ausencia de lenguaje verbal funcional, con emisión de sonidos no estructurados. Se evidenció baja respuesta al entorno, con mejor reactividad ante estímulos sensoriales dirigidos. A nivel emocional, presenta episodios de tristeza y llanto, alternando con momentos de mayor estabilidad. En el componente funcional, presenta dependencia total, con uso de silla de ruedas y necesidad de apoyo permanente en todas las actividades básicas. Su participación en actividades se logra únicamente mediante acompañamiento directo del personal y del área de psicología.

6. IMPRESIÓN PSICOLÓGICA

La residente presenta un funcionamiento global severamente comprometido, asociado a parálisis cerebral y discapacidad intelectual, con afectación significativa en las áreas motora, cognitiva, comunicativa y adaptativa. Se evidencia ausencia de lenguaje funcional, compromiso en la interacción social y limitaciones en la respuesta adaptativa. A nivel emocional, presenta labilidad leve con predominio de tristeza, sin conductas disruptivas. Se identifican capacidades residuales básicas a nivel sensorial, que permiten respuesta a la estimulación y participación asistida en actividades terapéuticas.

7. CONCLUSIONES GENERALES

La residente presenta un perfil clínico de alta complejidad, caracterizado por:

- Dependencia funcional total
- Compromiso neurológico severo
- Afectación global en funciones cognitivas y adaptativas

La ausencia de autonomía y el nivel de deterioro requieren asistencia permanente e intervención continua. A pesar de la severidad del cuadro, conserva respuestas básicas a la estimulación, lo que permite intervención enfocada en:

- Estimulación multisensorial
- Regulación emocional
- Activación conductual básica
- Mantenimiento de funciones residuales
- Mejora de la calidad de vida

Se recomienda mantener un abordaje interdisciplinario permanente, con acompañamiento constante.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Leidy Yohana Avendaño Guzmán
GENERO	Femenino
DOCUMENTO	1.075.236.718
EDAD	41
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	15/Abril/1985
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin Escolaridad
DIAGNOSTICO	Parálisis Cerebral - Discapacidad Intelectual
ESTADO CIVIL	Soltera
CONYUGUE	Sin Dato
NÚMEROS DE HIJOS	Sin Dato
ACUDIENTE	BLANCA ELISA GUZMAN (MADRE)
TELÉFONO	3112957760 - 3167655784
FECHA DE VALORACIÓN	Miércoles 22 de Abril/2026

CONDICIONES GENERALES
Residente con condición de discapacidad múltiple, caracterizada por compromiso severo a nivel motor y cognitivo. Se encuentra en estado de vigilia conservado, clínicamente estable, con adecuadas condiciones de higiene y presentación personal. Durante la interacción establece contacto visual ocasional. A nivel neurocognitivo, presenta baja reactividad frente a los estímulos del entorno, evidenciando limitaciones en los procesos de interacción y respuesta adaptativa. En el componente afectivo, se observa estado de ánimo eutímico, con estabilidad emocional, sin manifestaciones de desregulación conductual. Desde el ámbito físico-funcional, se evidencia dependencia total para la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria, con ausencia de marcha (no deambulación) y requerimiento de asistencia permanente para el desplazamiento (Silla de Ruedas) y el autocuidado. Presenta además incontinencia de esfínteres, lo que implica apoyo continuo en el manejo fisiológico. En cuanto a funciones básicas, mantiene patrones de sueño y alimentación conservados, acordes a su condición clínica.

ANTECEDENTES	
Farmacológicos	El residente se encuentra en manejo farmacológico activo, conforme a prescripción médica vigente y seguimiento por la EPS, lo que evidencia control clínico de su condición de base.
Autonomía E Independencia	Presenta dependencia funcional significativa, con limitaciones en la ejecución de actividades básicas de la vida diaria. Requiere apoyo técnico para la movilidad, haciendo uso de silla de ruedas, lo que indica restricción en la autonomía motora. Se registran antecedentes de meningitis, condición que puede estar asociada al compromiso neurológico actual y a las limitaciones en el funcionamiento cognitivo y motor.
Control De Esfínteres	No conservado

AREA FAMILIAR
Se identifica la existencia de una red de apoyo sociofamiliar formal, representada principalmente por la figura materna; adicionalmente, se evidencia reactivación reciente del vínculo familiar, registrada a través de la visita del hermano y la tía, lo que sugiere presencia incipiente de interacción y acercamiento por parte de la red extensa. Este hecho constituye un indicador positivo en términos de vinculación socioafectiva, que puede favorecer los procesos de acompañamiento emocional, adherencia a la atención y bienestar general del residente. Se recomienda fortalecer y dar continuidad a estos acercamientos familiares, promoviendo la

participación activa y sostenida de la red de apoyo, en articulación con el equipo interdisciplinario, como estrategia de protección y apoyo psicosocial.

AREA SOCIAL

Se evidencia restricción en la funcionalidad social, asociada a su condición física y compromiso cognitivo, lo que limita la iniciativa y la interacción espontánea con pares. No presenta interacción social autónoma; sin embargo, su vinculación a espacios grupales se realiza mediante mediación terapéutica, a través de estrategias de acompañamiento y motivación implementadas desde el área de psicología. Estas intervenciones favorecen la exposición progresiva a estímulos sociales básicos, promoviendo la activación conductual, la respuesta al entorno y el mantenimiento de habilidades residuales de interacción.

AREA MENTAL – PSICOLOGICA – EMOCIONAL

Se evidencia desorganización global de la orientación (alopsíquica), con afectación significativa de los procesos cognitivos básicos y superiores, incluyendo atención, memoria y lenguaje, observándose ausencia de lenguaje verbal funcional y emisiones sonoras no estructuradas. Se identifica compromiso severo de las funciones ejecutivas, así como de las capacidades de juicio y razonamiento, lo que limita la regulación conductual y la adaptación al entorno. En el componente afectivo, se observa un tono emocional predominantemente eutímico; no obstante, se registran manifestaciones afectivas de tristeza y episodios de llanto, que pueden estar asociadas a su condición clínica y a la interacción con el entorno. La reactividad a estímulos se encuentra conservada a nivel básico, principalmente a través de canales sensoriales, evidenciando preservación parcial de mecanismos de respuesta primarios.

TECNICAS DE VALORACION

- Observación directa estructurada
- Entrevista a cuidadores (informantes clave)
- Escalas observacionales adaptadas

Áreas evaluadas:

- Calidad de vida
- Nivel funcional
- Estado emocional (bienestar/malestar)
- Conductas adaptativas
- Actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, higiene, movilidad y vestido (evaluadas mediante observación y reporte del cuidador)

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULRADOS

Se observa un nivel de funcionamiento gravemente comprometido, caracterizado por una dependencia absoluta en el desempeño cotidiano, en el marco de una afectación neurológica extensa, que interfiere de manera significativa en la adaptación al entorno, la interacción social y los procesos comunicativos. A pesar del compromiso global, se identifican manifestaciones de respuesta primaria ante estímulos del entorno, especialmente de tipo sensorial, lo que representa un punto de acceso para la intervención terapéutica, orientada a la activación conductual, regulación de la respuesta y conservación de capacidades básicas aún presentes.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Se configura un cuadro de compromiso neurológico severo de origen no progresivo, compatible con parálisis cerebral asociada a discapacidad intelectual, caracterizado por afectación global en las funciones motoras, cognitivas y adaptativas. La residente presenta dependencia funcional total, con limitaciones significativas en la movilidad, la comunicación y la autonomía, requiriendo asistencia permanente para la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria. A nivel cognitivo, se evidencia compromiso severo en los procesos de atención, memoria, lenguaje y funciones ejecutivas, con ausencia de lenguaje verbal funcional. Desde el componente emocional, se identifica estabilidad afectiva relativa, con presencia

ocasional de manifestaciones de tristeza y llanto, sin evidencia de desregulación conductual persistente. Se reconocen respuestas sensoriales básicas y capacidades residuales, que constituyen un elemento fundamental para la intervención terapéutica.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FINAL Y ACOMPAÑAMIENTO

- Estimulación multisensorial: Aplicación de estímulos visuales, táctiles y propioceptivos, orientados a favorecer la reactividad, conexión con el entorno y activación conductual.
- Estimulación cognitiva básica: Actividades simples enfocadas en respuesta a estímulos, reconocimiento y asociación básica, adaptadas a su nivel de funcionamiento.
- Intervención en comunicación no verbal: Fortalecimiento de canales alternativos de comunicación (mirada, gestos, respuestas corporales), facilitando la expresión de necesidades.
- Acompañamiento terapéutico continuo: Presencia activa del área de psicología para favorecer la vinculación al entorno y sostener la participación asistida.
- Regulación emocional: Aplicación de estrategias de contención, validación emocional y contacto terapéutico, especialmente ante episodios de tristeza o llanto.
- Estructuración del entorno: Organización de rutinas y espacios predecibles y estructurados, favoreciendo la adaptación y disminuyendo la desorganización.
- Activación conductual: Promoción de respuestas dirigidas mediante estímulos controlados, favoreciendo la participación básica.
- Apoyo en ABVD: Trabajo articulado con el equipo asistencial para garantizar el cuidado integral y el mantenimiento de condiciones funcionales básicas.
- Trabajo interdisciplinario: Coordinación permanente con el equipo institucional para un manejo integral y continuo del caso.



LEIDY JOHANNA GASPAR
TP. 230266

INFORME DE ACTIVIDADES ÁREA DE FISIOTERAPIA

Periodo: 20 al 30 de abril de 2026

Tipo actividad	Nombre de la actividad	Objetivo	Fecha	Evidencia
Grupal	Gimnasia Funcional Adaptada	Mantener y potenciar la movilidad articular, la fuerza muscular básica, la coordinación visomotora, la participación funcional y la integración grupal de los adultos mayores, mediante una sesión de gimnasia funcional adaptada desarrollada en jardín interno y zona libre de la institución, integrando exposición solar matutina controlada para favorecer bienestar físico, emocional y salud ósea.	20 de abril de 2026	Acta 01 Gimnasia Funcional Adaptada - 20 de abril de 2026.

Grupal	Estimulación Sensorial y Propioceptiva	Favorecer la integración sensorial, la conciencia corporal, el equilibrio, la coordinación y el reconocimiento del propio cuerpo en el espacio, mediante estímulos táctiles, visuales y de movimiento, con actividades de alcance, rastreo visual, enceste adaptado, pase grupal con balón y ejercicios propioceptivos ajustados al nivel funcional de los residentes.	21 de abril de 2026	Acta 02 Estimulación Sensorial y Propioceptiva - 21 de abril de 2026.

Individual	Seguimiento de plan de atención integral por terapia física	Mantener y conservar la condición física de los residentes mediante intervenciones fisioterapéuticas individualizadas, orientadas a preservar movilidad articular, favorecer relajación muscular, prevenir desacondicionamiento físico, estimular funcionalidad global, brindar manejo terapéutico según hallazgos clínico-funcionales y dar continuidad al plan de manejo fisioterapéutico institucional. Se realizaron movilizaciones pasivas y activo-asistidas, terapia manual, crioterapia, aplicación de crema tópica, manejo postural, ejercicios respiratorios, masaje abdominal terapéutico, estimulación motora, trabajo funcional en cama, sedente o silla de ruedas y actividades adaptadas según condición individual.	22, 23, 24, 27 y 28 de abril de 2026	Formatos de registro de ejecución y seguimiento de plan de atención integral por terapia física. Residentes: 1. Cárdenas Albañil Celsa 2. Quintero María 3. Velásquez Jesús María 4. Avendaño Guzmán Wilson Augusto 5. Vargas Aminta 6. Avendaño Guzmán Leidy Johana 7. Suns Isabel 8. Sánchez Tovar Germán 9. García María Cristina 10. Leyton Calderón Leonilde 11. García Bertilda 12. Claver Rosa María 13. Durán Canacué Jorge 14. Pérez Ortiz Leonardo 15. Olaya Octavio 16. Ospina Orlando

Grupal	Salida a tomar el sol y caminata asistida	Favorecer la movilidad funcional, la exposición controlada al ambiente externo, la interacción social y la participación de los residentes, mediante una salida terapéutica supervisada que integró desplazamientos con apoyo, cambios posturales, permanencia en sedente, movilidad activa de miembros superiores e inferiores, estimulación verbal y caminata asistida de acuerdo con la tolerancia y condición funcional individual.	27 de abril de 2026	Acta actividad salida a tomar el sol y caminata asistida - 27 de abril de 2026.
Grupal	Ejercicios de precisión, movilización articular y fuerza muscular en entorno lúdico	Estimular la movilidad activa, la coordinación, la precisión motora, el control postural y la fuerza muscular de los residentes, mediante una dinámica grupal lúdica, segura y adaptada, con tareas de alcance funcional, lanzamiento y recepción, coordinación óculo-manual, movilidad de miembros superiores, activación de tronco y participación grupal, favoreciendo adherencia al movimiento y bienestar integral.	28 de abril de 2026	Acta actividad ejercicios de precisión, movilización articular y fuerza muscular en entorno lúdico - 28 de abril de 2026.

Individual	Seguimiento, valoración y evolución en atención de caídas - Terapia física	Realizar seguimiento fisioterapéutico posterior a eventos de caída, efectuar valoración física y funcional inmediata, verificar signos de lesión, documentar hallazgos relevantes, orientar medidas de prevención y dar continuidad al acompañamiento interdisciplinario, con énfasis en movilidad segura, control postural, prevención de nuevos eventos, supervisión durante traslados y reducción de factores de riesgo en el entorno institucional.	29 y 30 de abril de 2026	Formato de registro de seguimiento, valoración y evolución en atención de caídas - terapia física. Residentes: 1. Olaya Octavio 2. Claver Sofía



Firma del Profesional
TP.00149

Fecha: 20 de abril de 2026
Hora de inicio: 8:00 a.m.
Hora de finalización: 12:00 p.m.
Tema: Gimnasia Funcional Adaptada

1. OBJETIVO DEL ENCUENTRO

Mantener y potenciar la movilidad articular y la fuerza muscular básica de los adultos mayores, mediante una sesión de gimnasia funcional adaptada desarrollada en el jardín interno de la institución, integrando el beneficio adicional de la exposición solar matutina controlada para favorecer la síntesis natural de vitamina D, esencial para la salud ósea y el bienestar general de la población atendida.

2. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Se realizó una sesión de gimnasia funcional adaptada en el jardín interno y zona libre del centro de protección, aprovechando el espacio abierto y las condiciones de la mañana para una jornada de toma de sol (vitamina D). La actividad se desarrolló de 8:00 a.m. a 12:00 p.m., con la participación activa de 12 adultos mayores residentes. La sesión incluyó ejercicios de calentamiento articular, movilidad de miembros superiores e inferiores, coordinación visomotora mediante juegos adaptados y una fase de relajación activa. Participaron usuarios ambulatorios y residentes en silla de ruedas, garantizando la inclusión total del grupo.

3. METODOLOGÍA

La sesión fue dirigida por la Fisioterapeuta Mónica Fernanda Puentes Parra bajo una metodología activo-participativa, adaptada a las capacidades funcionales individuales. Los participantes se organizaron en semicirculo en la zona exterior, garantizando visibilidad y comunicación. Estructura: (1) Activación: calentamiento articular progresivo de cabeza, hombros, muñecas y tobillos; (2) Fase central: ejercicios de coordinación y alcance con materiales lúdicos adaptados; (3) Cierre: estiramiento suave y reconocimiento del esfuerzo. Materiales utilizados: tablero tipo sapo artesanal de cartón, bandeja de huevos como base de lanzamiento para enceste de pelotas, pelotas multicolores de diferentes tamaños, aro tipo hula-hoop, balón inflable azul, vasos plásticos de colores para ejercicios de alcance y agarre, sillas plásticas y sillas de ruedas de apoyo postural.

Responsable: Fisioterapeuta, Mónica Puentes P

4. RESULTADOS OBSERVADOS

Los 12 participantes mostraron disposición activa y entusiasmo durante toda la jornada. Se observó buena tolerancia al esfuerzo adaptado y respuestas positivas en el rango de movimiento de miembros superiores durante los ejercicios de lanzamiento y enceste. Los usuarios en silla de ruedas participaron activamente completando los ejercicios de coordinación propuestos. La exposición solar matutina transcurrió en condiciones óptimas sin eventos adversos. El ambiente al aire libre favoreció la interacción social entre los residentes, generando expresiones visibles de bienestar y alegría.

5. COMPROMISOS Y SEGUIMIENTO

Se establece el compromiso de continuar promoviendo la participación activa e inclusiva de todos los residentes en las sesiones programadas, garantizando siempre un momento de intervención de calidad. Se realizará seguimiento a la evolución funcional observada para orientar la planificación de las próximas actividades, asegurando que cada sesión fortalezca la integración grupal y el bienestar integral del adulto mayor.

6. CONCLUSIONES

La sesión de Gimnasia Funcional Adaptada se desarrolló exitosamente, cumpliendo los objetivos de movilidad, participación e integración grupal. La combinación de actividad física al aire libre con exposición solar resultó altamente beneficiosa para la salud física y emocional de los participantes. Se confirma la pertinencia de este tipo de intervenciones como estrategia para el mantenimiento funcional y la promoción de la calidad de vida en la población mayor institucionalizada.

7. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS













FIRMAS

Nombre y Cargo	**Firma**
MONICA FERNANDA PUENTES PARRA Fisioterapeuta	

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	SOFIA CLAVER
GENERO	FEMENINO
DOCUMENTO	1.075.325.776
EDAD	75 AÑOS
DIAGNOSTICO	Trastorno de la articulación temporomaxilar, discapacidad auditiva, hipertensión arterial (HTA), hiperlipidemia, dermatomicosis y discapacidad intelectual.
FECHA DE REGISTRO DE CAIDA Y TURNO	30 de abril 2026 Hora 6:40 a.m

DESCRIPCION DEL EVENTO

Se reporta evento de caída de su propia altura en la residente Sofia Claver, posterior a empujón ocasionado por otra residente. Se debe tener en cuenta que la usuaria presenta estabilidad muy baja y pérdida fácil del equilibrio ante estímulos externos mínimos, condición coherente con sus antecedentes y hallazgos funcionales previos: marcha inclinada, equilibrio lateral y bípedo alterado, movilidad articular limitada en varios segmentos, atrofia generalizada grado III, discapacidad auditiva e intelectual, y dependencia leve según valoración fisioterapéutica. Posterior al evento se realiza abordaje por terapia física para valoración corporal y funcional, verificación de posible compromiso osteomuscular y prevención de nuevos riesgos asociados a inestabilidad postural.

REPORTE DE VALORACION EN HISTORIA CLINICA

Durante la valoración fisioterapéutica posterior al evento se observa a la residente en bipedestación, bajo supervisión directa y asistencia física cercana. Se realiza inspección física general, revisión de alineación postural, control de tronco, movilidad activa y activo-asistida de miembros superiores e inferiores, seguimiento de comandos, coordinación motora, equilibrio estático y dinámico, y marcha supervisada. En la evidencia fotográfica se observa intervención orientada a verificar respuesta motora, tolerancia a la actividad, control postural y capacidad de realizar movimientos funcionales con acompañamiento. No se aprecia en las imágenes presencia de herida abierta visible; se recomienda continuar vigilancia de dolor, edema, cambios en la marcha, limitación funcional, signos de alarma o cualquier manifestación posterior al evento.

MEDIDAS DE PREVENCION
Mantener supervisión permanente durante traslados, cambios de posición y actividades en bipedestación; evitar desplazamientos sin acompañamiento debido a su bajo nivel de estabilidad; reforzar medidas de seguridad en el entorno, retirando obstáculos y garantizando pisos secos, calzado adecuado y rutas despejadas; vigilar interacciones con otros residentes para prevenir empujones, tropiezos o estímulos que puedan generar pérdida del equilibrio; continuar plan de prevención de caídas con ejercicios de equilibrio, coordinación, movilidad articular, fortalecimiento de baja intensidad, propiocepción y marcha supervisada; utilizar indicaciones sencillas, demostración visual y apoyo físico cuando sea necesario por su discapacidad auditiva e intelectual; informar al equipo cuidador sobre la alta vulnerabilidad de la residente ante estímulos externos mínimos y realizar seguimiento posterior al evento.



MONICA FERNANDA PUENTES PARRA
FISIOTERAPEUTA
T.P.00149

EVIDENCIA FOTOGRAFICA



Evidencia 1. Valoración física y revisión postural posterior a caída.



Evidencia 2. Movilidad de miembros superiores con supervisión directa.



Evidencia 3. Control postural y movilidad activa en bipedestación.



Evidencia 4. Coordinación posterior y control escapular.



Evidencia 5. Equilibrio monopodal asistido y control de estabilidad.



Evidencia 6. Reeducación de marcha y equilibrio dinámico asistido.

FORMATO DE CAIDAS

FUENTE PROPIA

Fecha: 21 de abril de 2026
Hora de inicio: 8:00 a.m.
Hora de finalización: 12:00 p.m.
Tema: Estimulación Sensorial y Propioceptiva

1. OBJETIVO DEL ENCUENTRO

Favorecer la integración sensorial y la conciencia corporal en los adultos mayores del centro de protección, mediante una sesión de estimulación sensorial y propioceptiva en el salón principal de la institución. La actividad buscó activar los sistemas sensoriales y propioceptivos a través de estímulos táctiles, visuales y de movimiento, promoviendo el procesamiento sensorial adecuado, el equilibrio, la coordinación y la conciencia del propio cuerpo en el espacio.

2. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Se llevó a cabo una sesión de estimulación sensorial y propioceptiva en el salón principal del centro de protección para el adulto mayor, con la participación activa de 12 residentes. La jornada se desarrolló de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. en un ambiente organizado con adecuada iluminación y ventilación. La sesión inició con reconocimiento sensorial y orientación espacial, seguida de actividades de estímulo propioceptivo mediante ejercicios de alcance, rastreo visual, enceste adaptado con aro de baloncesto y dinámicas de pase grupal con balón. Participaron usuarios ambulatorios y en silla de ruedas.

3. METODOLOGÍA

Sesión conducida por la Fisioterapeuta Mónica Fernanda Puentes Parra con metodología de estimulación progresiva y gradual, adaptada al nivel funcional de cada participante. Los usuarios se ubicaron en disposición circular en el salón. Estructura: (1) Orientación sensorial: reconocimiento de texturas, colores y sonidos para activar los sentidos; (2) Estimulación propioceptiva: ejercicios de control postural, alcance y coordinación óculo-manual; (3) Integración y cierre: actividades grupales que integraron todos los sentidos trabajados. Materiales utilizados: balón de microfútbol (estímulo propioceptivo en miembros inferiores), aro de baloncesto portátil para ejercicios de enceste y alcance, balón mediano azul para pase grupal, sillas plásticas de posicionamiento y sillas de ruedas de apoyo postural.

Responsable: Fisioterapeuta, Mónica Puentes P

4. RESULTADOS OBSERVADOS

Los 12 participantes respondieron positivamente a los estímulos propioceptivos y sensoriales, evidenciándose mejora en la atención sostenida y en el tiempo de respuesta a los estímulos visuales

y táctiles. Los ejercicios con balón activaron el sistema propioceptivo de miembros inferiores en usuarios ambulatorios, mientras los usuarios en silla de ruedas trabajaron eficazmente la estimulación de miembros superiores con el aro y el balón de pase. Se registró notable cohesión grupal, con apoyo mutuo entre participantes y niveles visibles de motivación y alegría durante toda la jornada.

5. COMPROMISOS Y SEGUIMIENTO

Se asume el compromiso de mantener la regularidad de las sesiones de estimulación sensorial en el cronograma mensual de intervención, reconociendo su impacto en el procesamiento sensorial y la conciencia corporal de los residentes. Se promoverá la integración de todos los participantes en cada sesión, buscando siempre brindar una intervención de calidad que fortalezca los vínculos grupales y el bienestar de cada adulto mayor atendido.

6. CONCLUSIONES

La sesión de Estimulación Sensorial y Propioceptiva alcanzó los objetivos planteados, evidenciando una respuesta funcional favorable en los sistemas sensorial y propioceptivo de los participantes. La dinámica grupal y los materiales empleados resultaron apropiados y motivadores para la población atendida. Se ratifica la importancia de incluir este tipo de intervenciones de forma sistemática en el plan de atención fisioterapéutica, como herramienta fundamental para el mantenimiento de la conciencia corporal y la calidad de vida del adulto mayor institucionalizado.

7. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS













FIRMAS

Nombre y Cargo	**Firma**
MONICA FERNANDA PUENTES PARRA _____ Fisioterapeuta	_____

Fecha: 28 de abril de 2026
Hora de inicio: 9:00am.
Hora de finalización: 12:00 pm.
Tema: Ejercicios de precisión, movilización articular y fuerza muscular en entorno lúdico.

1. OBJETIVO DEL ENCUENTRO

Estimular la movilidad activa, la coordinación, la precisión motora, el control postural y la fuerza muscular de los residentes, mediante una dinámica grupal lúdica, segura y adaptada, orientada a favorecer la participación funcional y la adherencia al movimiento.

2. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Durante la actividad se realizaron ejercicios de precisión, movilización articular y fuerza muscular a través de un entorno lúdico. Participaron 9 residentes, quienes desarrollaron tareas motoras con apoyo de elementos visuales y objetos de juego, favoreciendo alcance funcional, lanzamiento y recepción, coordinación óculo-manual, movilidad de miembros superiores, activación de tronco y participación grupal. La actividad se adaptó de acuerdo con las capacidades individuales y el nivel de dependencia de cada residente.

3. METODOLOGÍA

La metodología fue grupal, dinámica, participativa y adaptada. Se emplearon instrucciones verbales sencillas, demostración del movimiento, acompañamiento individual cuando fue requerido y pausas de descanso. Se integraron ejercicios activos y activo-asistidos, tareas de precisión, cambios de alcance, estímulos de coordinación y fortalecimiento funcional, manteniendo supervisión directa para favorecer la seguridad y la correcta ejecución.
Responsable: Fisioterapeuta, Mónica Puentes P

4. RESULTADOS OBSERVADOS

Se observó respuesta positiva a los estímulos lúdicos y visuales, con participación activa de los residentes según sus capacidades funcionales. La actividad facilitó movilidad de miembros superiores, coordinación, atención, seguimiento de

instrucciones, activación muscular y mejor integración grupal. Algunos residentes requirieron asistencia verbal o física para completar los movimientos, sin presentarse novedades adversas durante la intervención.

5. COMPROMISOS Y SEGUIMIENTO

Dar continuidad a las actividades grupales de fisioterapia que integren movilización articular, fortalecimiento, coordinación, precisión motora y participación lúdica. Ajustar la intensidad y el tipo de apoyo según la condición de cada residente, mantener supervisión permanente y registrar cambios en tolerancia, dolor, fatiga, participación o necesidad de apoyo durante las sesiones.

6. CONCLUSIONES

La actividad favoreció la participación activa de los residentes mediante estrategias de movimiento adaptadas y motivantes, fortaleciendo habilidades motoras, coordinación, movilidad articular, interacción social y bienestar general. Se recomienda continuar implementando dinámicas terapéuticas grupales con enfoque funcional, preventivo y humanizado.

7. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS



Ejercicios de precisión, movilización articular y fuerza muscular - evidencia 1



Ejercicios de precisión, movilización articular y fuerza muscular - evidencia 2



Ejercicios de precisión, movilización articular y fuerza muscular - evidencia 3



Ejercicios de precisión, movilización articular y fuerza muscular - evidencia 4



Ejercicios de precisión, movilización articular y fuerza muscular - evidencia 5



Ejercicios de precisión, movilización articular y fuerza muscular - evidencia 6



Ejercicios de precisión, movilización articular y fuerza muscular - evidencia 7



Ejercicios de precisión, movilización articular y fuerza muscular - evidencia 8

FIRMAS

Nombre y Cargo	**Firma**
_____ Dirección del Hogar	_____
MONICA FERNANDA PUENTES PARRA _____ Fisioterapeuta	_____

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	OCTAVIO OLAYA
GENERO	Masculino
DOCUMENTO	1.081.160.091
EDAD	72 años
DIAGNOSTICO	Discapacidad intelectual, dermatomicosis y carcinoma basocelular de vertiente nasal. Antecedente quirúrgico de herniorrafia inguinal izquierda realizada en el año 2018.
FECHA DE REGISTRO DE CAIDA Y TURNO	29 de abril 2026 5:50 p.m. turno tarde

DESCRIPCION DEL EVENTO

Se realiza atención fisioterapéutica al residente posterior al reporte de caída o presunto evento de caída, con el fin de efectuar valoración física inmediata, verificar presencia o ausencia de signos de lesión y establecer medidas preventivas orientadas a disminuir el riesgo de nuevos eventos. Sobre la jornada de la tarde después de la cena, se observa que el residente se levanta sin acompañante para el baño, en la entrada del mismo se observaron piso irregular, tropezando con él; pierde la estabilidad y cae al suelo de hacia atrás. Durante la valoración se observa residente masculino adulto mayor, consciente y alerta, con antecedente de discapacidad intelectual, por lo cual requiere instrucciones claras, acompañamiento cercano y supervisión permanente durante la movilidad. Se realiza inspección general, valoración cefalocaudal, revisión del estado de piel, sensibilidad, movilidad articular, fuerza muscular, equilibrio, marcha y tolerancia funcional. En las imágenes de la atención se evidencia acompañamiento directo de fisioterapia, valoración manual y funcional del residente, así como intervención terapéutica preventiva enfocada en movilidad segura, control postural, supervisión de transferencias y prevención de riesgos asociados a alteración del equilibrio y dependencia funcional. No se consigna presencia de herida abierta, edema, dolor agudo o signos visibles de lesión en este borrador, quedando pendiente confirmar los hallazgos finales del momento del evento.

REPORTE DE VALORACION EN HISTORIA CLINICA

Residente OCTAVIO OLAYA, masculino, 72 años, con diagnóstico médico de discapacidad intelectual, dermatomicosis y carcinoma basocelular de vertiente nasal; antecedente quirúrgico de herniorrafia inguinal izquierda en 2018. Según valoración fisioterapéutica previa, presenta signos vitales dentro de parámetros registrados: T.A. 120/80 mmHg, F.R. 16 rpm, F.C. 69 lpm, temperatura 36,4 °C y SpO2 96%. Se registra estado de conciencia alerta, sensibilidad superficial y profunda conservada, sin escaras, sin edema y con atrofia fisiológica. En funcionalidad presenta dependencia para actividades básicas con puntaje Barthel 10/20, actividad motora voluntaria presente, marcha inclinada, requiere apoyo a la movilidad, equilibrio sedente y lateral conservado, equilibrio bípedo alterado, movilidad articular limitada en diferentes segmentos de acuerdo con edad y condición física, tono muscular con rigidez y fuerza muscular global aproximada en grado 3 para miembros superiores e inferiores. Durante la atención por caída se realiza valoración física orientada a descartar lesiones, verificar dolor, integridad de piel, movilidad y estabilidad general, encontrándose residente estable al momento de la intervención, sin datos consignados de dolor, incomodidad, herida abierta o edema. Se recomienda continuar seguimiento fisioterapéutico y registro en historia clínica institucional.

MEDIDAS DE PREVENCION

Se indican medidas de prevención enfocadas en supervisión permanente durante cambios de posición, transferencias y desplazamientos; acompañamiento por parte del personal cuidador debido a su discapacidad intelectual y posible dificultad para comprender órdenes complejas; uso de instrucciones cortas, demostración visual y apoyo físico seguro durante la movilidad; fortalecimiento muscular global progresivo según tolerancia; ejercicios de movilidad articular activa y activo-asistida; entrenamiento de equilibrio en sedente y bípedo con control de seguridad; reeducación de la marcha con apoyo externo cuando sea necesario; vigilancia de signos de fatiga, mareo, dolor o inestabilidad; revisión del entorno para retirar obstáculos, verificar calzado seguro, mantener buena iluminación y favorecer rutas de desplazamiento despejadas. Se recomienda reforzar la prevención del desacondicionamiento físico, evitar esfuerzos abdominales excesivos por antecedente de herniorrafia inguinal y mantener cuidado de piel por antecedentes dermatológicos.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA
FISIOTERAPEUTA
T.P.00149

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



Evidencia 1. Valoración física en decúbito lateral: inspección de región dorso-lumbar y tronco posterior.



Evidencia 2. Valoración cefalocaudal en decúbito supino: inspección de tórax, hombros y miembro superior.



Evidencia 3. Inspección y manejo terapéutico en región cervical, hombro y parrilla costal.



Evidencia 4. Terapia manual y verificación de movilidad de cintura escapular y miembro superior.



Evidencia 5. Valoración funcional de miembros inferiores: movilidad de cadera y rodilla en decúbito supino.



Evidencia 6. Movilización activa-asistida de miembro inferior para prevención de rigidez y riesgo funcional.

 Evidencia 7. Ejercicio terapéutico de miembros inferiores con control motor y seguimiento de instrucciones.	 Evidencia 8. Movilización activa-asistida de miembro superior y coordinación motora en decúbito supino.
 Evidencia 9. Entrenamiento de transferencia de decúbito a sedente con apoyo y supervisión.	 Evidencia 10. Valoración en sedente, control postural y revisión de región cervicodorsal posterior.

Fecha: 27 de abril de 2026
Hora de inicio: 9:00 am.
Hora de finalización: 12:00 pm.
Tema: Salida a tomar el sol y caminata asistida.

1. OBJETIVO DEL ENCUENTRO

Favorecer la movilidad funcional, la exposición controlada al ambiente externo, la interacción social y la participación de los residentes, mediante una salida terapéutica supervisada a tomar el sol e integrar desplazamientos con apoyo, cambios posturales y ejercicios suaves adaptados al nivel funcional de cada participante.

2. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Durante la actividad se realizó salida al área externa para toma de sol con acompañamiento permanente del área de fisioterapia. Participaron 6 residentes, quienes fueron ubicados en un espacio seguro, con supervisión durante los traslados, cambios de posición y permanencia en sedente. Se promovió la interacción grupal, la movilidad activa de miembros superiores e inferiores, la estimulación verbal y la caminata asistida de acuerdo con la tolerancia y condición funcional individual.

3. METODOLOGÍA

La metodología empleada fue grupal, participativa, progresiva y adaptada a la condición de los residentes. Se brindó supervisión directa, apoyo físico cuando fue necesario y orientación verbal constante, priorizando la seguridad, la prevención de caídas, el control de la fatiga y el respeto por el ritmo individual. La intervención integró exposición al ambiente externo, activación corporal suave, acompañamiento en marcha asistida y pausas de descanso.

Responsable: Fisioterapeuta, Mónica Puentes P

4. RESULTADOS OBSERVADOS

Se observó adecuada disposición de los residentes frente a la salida terapéutica, con respuesta positiva al cambio de ambiente y a la interacción social. Algunos residentes requirieron acompañamiento durante los desplazamientos y supervisión permanente en sedente. La actividad permitió estimular la movilidad funcional, la orientación al entorno, la participación grupal y el bienestar general. No se reportan novedades adversas durante el desarrollo de la actividad.

5. COMPROMISOS Y SEGUIMIENTO

Continuar promoviendo salidas terapéuticas supervisadas que favorezcan movilidad funcional, socialización y bienestar. Mantener vigilancia durante los traslados, verificar condiciones del entorno, adaptar los desplazamientos según el nivel de dependencia y registrar oportunamente cualquier novedad asociada a fatiga, dolor, inestabilidad, cambios en la tolerancia o riesgo de caída. Queda pendiente confirmar la hora exacta de inicio y finalización para cierre definitivo del acta.

6. CONCLUSIONES

La actividad permitió fortalecer la participación de los residentes en un espacio seguro de movimiento, favoreciendo la exposición al ambiente externo, la movilidad funcional, la interacción social y el bienestar físico y emocional. Se considera pertinente continuar implementando intervenciones grupales desde fisioterapia con enfoque preventivo, funcional y humanizado.

7. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS



Salida a tomar el sol y caminata asistida - evidencia 1



Salida a tomar el sol y caminata asistida - evidencia 2



Salida a tomar el sol y caminata asistida - evidencia 3



Salida a tomar el sol y caminata asistida - evidencia 4



Salida a tomar el sol y caminata asistida - evidencia 5



Salida a tomar el sol y caminata asistida - evidencia 6



Salida a tomar el sol y caminata asistida - evidencia 7



Salida a tomar el sol y caminata asistida - evidencia 8

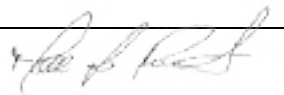
FIRMAS

Nombre y Cargo	**Firma**
_____ Dirección del Hogar	_____
MONICA FERNANDA PUENTES PARRA _____ Fisioterapeuta	 _____

Gobernación del Huila UNIÓN TEMPORAL SAN MATÍAS	**REGISTRO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL POR TERAPIA FISICA**	Código: UTSM-FOR-022 Versión: 01 Fecha: 20/04/2026 Página

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	GERMAN SANCHEZ TOVAR
GENERO	MASCULINO
DOCUMENTO	4.902.363
EDAD	90 AÑOS
DIAGNOSTICO	AMAUROSIS BILATERAL, DEMENCIA SENIL O NO ESPECIFICADA, PARASITOSIS INTESTINAL E INCONTINENCIA URINARIA NO ESPECIFICADA.
FECHA Y HORA DE INTERVENCIÓN FISICA	24 DE ABRIL DE 2026 9:00 A. M. A 10:00 A. M.
NÚMERO DE SESIONES SEGÚN ORDEN MEDICA	1

EVALUACION Y PLAN DE TRATAMIENTO
Se realiza intervención fisioterapéutica individual orientada al mantenimiento y conservación de la condición física del residente, de acuerdo con el plan de manejo fisioterapéutico establecido en la valoración inicial. Durante la sesión se efectuaron movilizaciones articulares activas asistidas y pasivas en cuello, hombros, codos, muñecas, caderas, rodillas y tobillos, complementadas con terapia manual para movilización de tejido tegumentario y relajación muscular. Se aplicó medio físico de crioterapia y crema tópica para favorecer confort muscular. Asimismo, se realizó trabajo de fuerza muscular mediante contracción isométrica con mancuerna en miembros superiores e inferiores, en dos series de 10 repeticiones, junto con estimulación motora guiada, facilitación de sedente, cambios posturales y ejercicios funcionales en cama, orientados a preservar movilidad, coordinación, respuesta a comandos sencillos y mantenimiento de capacidades residuales. La intervención se desarrolló con supervisión permanente, instrucciones verbales y contacto guía adaptados a su compromiso visual y cognitivo, priorizando seguridad, protección osteomuscular y funcionalidad global.
EVOLUCION DE TERAPIA FISICA
Residente que durante la sesión toleró adecuadamente la intervención fisioterapéutica, sin manifestación de dolor ni signos de incomodidad. Se observó participación dentro de sus posibilidades funcionales en actividades de movilidad articular, trabajo activo asistido de miembros superiores e inferiores, ejercicios isométricos con mancuerna, movilización en cama y estimulación motora guiada. La aplicación de terapia manual, crioterapia y crema tópica favoreció relajación muscular y confort general. Finaliza la atención en condiciones estables, sin eventos adversos inmediatos, quedando con continuidad del plan de manejo fisioterapéutico.



MONICA FERNANDA PUENTES PARRA
FISIOTERAPEUTA
T.P.00149

UNIÓN TEMPORAL SAN MATÍAS
Carrera 15 # 3B-66 – Sede San José | Calle 3 # 15-38 – Sede Santa Teresa | Neiva – Huila
(+57) 317 573 0749 | uniontemporalsm2025@gmail.com

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



Evidencia 1. Movilización activa asistida de miembros superiores y estimulación motora guiada.



Evidencia 2. Terapia manual en región cervical y cintura escapular con facilitación postural.



Evidencia 3. Movilización activa asistida de miembro inferior para mantenimiento de amplitud articular.



Evidencia 4. Ejercicio terapéutico de miembro inferior y control de movimiento guiado.



Evidencia 5. Trabajo activo asistido de elevación de miembro inferior y fortalecimiento funcional.



Evidencia 6. Estimulación motora y mantenimiento de movilidad en miembro inferior en cama.

Gobernación del Huila UNIÓN TEMPORAL SAN MATÍAS	**REGISTRO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL POR TERAPIA FISICA**	Código: UTSM-FOR-022 Versión: 01 Fecha: 20/04/2026 Página

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	AMINTA VARGAS
GENERO	FEMENINO
DOCUMENTO	26.414.289
EDAD	88 AÑOS
DIAGNOSTICO	REEMPLAZO DE RODILLA DERECHA (NOVIEMBRE DE 2019) + OBESIDAD + OTITIS EXTERNA + HIPERLIPIDEMIA + ARTROSIS + ESTREÑIMIENTO +
FECHA Y HORA DE INTERVENCIÓN FISICA	23/04/2026 - 9:00 A. M. A 10:00 A. M.
NÚMERO DE SESIONES SEGÚN ORDEN MEDICA	1 SESIÓN

EVALUACION Y PLAN DE TRATAMIENTO
Usuaria femenina de 88 años con antecedentes de reemplazo de rodilla derecha, obesidad, artrosis, estreñimiento y demencia senil, con compromiso moderado de la movilidad funcional, limitación para cambios de posición, alteración del equilibrio y dependencia para actividades básicas. En la presente atención se da inicio al plan de manejo fisioterapéutico formulado en valoración inicial, enfocado en movilidad en cama, alineación postural, estimulación funcional, prevención del deterioro por inmovilidad y apoyo al bienestar integral.
EVOLUCION DE TERAPIA FISICA
Se inicia plan de manejo fisioterapéutico en usuaria en cama, con movilizaciones pasivas y activo-asistidas de miembros superiores e inferiores, cambios de decúbito, posicionamiento terapéutico con almohadas, estimulación de movilidad funcional en cama y maniobras manuales suaves para favorecer la motilidad intestinal y el confort general. Se realiza además seguimiento al hallazgo cutáneo previo, evidenciándose mejoría en región inframamaria y pliegues torácicos inferiores; persiste lesión superficial en pliegue mamario en manejo por enfermería mediante curaciones. En zonas inferiores se observa mejor hidratación cutánea y adecuado manejo de zonas de presión. La residente tolera la sesión, no presenta dolor ni incomodidad y finaliza estable. Se refuerzan cambios de posición, protección de prominencias óseas, cuidado de piel y movilización segura.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA
FISIOTERAPEUTA
T.P.00149
UNIÓN TEMPORAL SAN MATÍAS
Carrera 15 # 3B-66 – Sede San José | Calle 3 # 15-38 – Sede Santa Teresa | Neiva – Huila
(+57) 317 573 0749 | uniontemporalsm2025@gmail.com

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



Gobernación del Huila UNIÓN TEMPORAL SAN MATÍAS	**REGISTRO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL POR TERAPIA FISICA**	Código: UTSM-FOR-022 Versión: 01 Fecha: 20/04/2026 Página

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	LEIDY JOHANA AVENDAÑO GUZMAN
GENERO	FEMENINO
DOCUMENTO	1.075.236.718
EDAD	41 AÑOS
DIAGNOSTICO	DISCAPACIDAD INTELECTUAL + PARÁLISIS CEREBRAL + SECUELAS DE MENINGITIS EN LA INFANCIA
FECHA Y HORA DE INTERVENCIÓN FISICA	23/04/2026 10:00 A. M. A 11:00 A. M.
NÚMERO DE SESIONES SEGÚN ORDEN MEDICA	1

EVALUACION Y PLAN DE TRATAMIENTO
Usuaria femenina de 41 años con diagnóstico de discapacidad intelectual, parálisis cerebral y secuelas de meningitis en la infancia, con compromiso neuromotor crónico y alta dependencia funcional. Se inicia el plan de manejo fisioterapéutico orientado al mantenimiento y conservación de su condición física, de acuerdo con la valoración inicial. Durante la sesión se realizaron movilizaciones articulares globales en cuello, hombros, codos, muñecas, caderas, rodillas y tobillos, complementadas con movilizaciones pasivas y asistidas de miembros superiores e inferiores, cambios posturales y manejo manual del tejido tegumentario para favorecer movilidad, elasticidad tisular y confort. Asimismo, se aplicó medio físico de crioterapia y crema tópica con finalidad de promover relajación muscular. Como complemento del bienestar integral, se efectuó terapia manual en región abdominal con masaje abdominal terapéutico para estimular la motilidad intestinal y favorecer el proceso digestivo, teniendo en cuenta reporte de enfermería de ausencia de deposición. La intervención se desarrolló con acompañamiento permanente, instrucciones sencillas, adaptación a la tolerancia de la usuaria y enfoque preventivo frente a rigidez, restricción de movilidad y complicaciones asociadas a su condición de base.
EVOLUCION DE TERAPIA FISICA
Se ejecuta sesión de fisioterapia en usuaria en cama, en el marco del inicio del plan de manejo fisioterapéutico. Se realizan movilizaciones articulares en todas las extremidades y cuello, movilizaciones pasivas y asistidas, cambios de posición, manejo manual en región abdominal y masaje abdominal terapéutico, además de movilización del tejido tegumentario, aplicación de crioterapia y crema tópica para favorecer relajación muscular. La sesión se enfoca en mantenimiento funcional, prevención de rigideces, estimulación del tránsito intestinal y promoción del confort físico general. Usuaria tolera bien la intervención, no presenta dolor ni incomodidad durante el procedimiento y finaliza estable.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA
FISIOTERAPEUTA
T.P.00149

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



Evidencia fotográfica 1



Evidencia fotográfica 2

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	WILSON AUGUSTO AVENDAÑO GUZMÁN
GENERO	MASCULINO
DOCUMENTO	1.075.236.480
EDAD	36 AÑOS
DIAGNOSTICO	Parálisis Cerebral + DNT + Dependencia Funcional + Dermatitis Seborreica + Obstrucción Intestinal + Estreñimiento + Discapacidad Intelectual
FECHA Y HORA DE INTERVENCIÓN FISICA	23/04/2026 - 8:00 A. M. A 9:00 A. M.
NÚMERO DE SESIONES SEGÚN ORDEN MEDICA	1 SESIÓN

EVALUACION Y PLAN DE TRATAMIENTO
Usuario masculino de 36 años con antecedente de parálisis cerebral, desnutrición, dependencia funcional, obstrucción intestinal, estreñimiento y discapacidad intelectual. Se interviene por estreñimiento de más de 5 días de evolución. Presenta dependencia total para movilidad y cambios posturales, abdomen con leve distensión, leve incomodidad a la manipulación, sin signos de dolor agudo y con adecuada tolerancia general. Desde fisioterapia se orienta manejo para favorecer motilidad intestinal, confort y disminución de la distensión abdominal mediante técnicas manuales, ejercicios respiratorios, movilizaciones pasivas y cambios de posición, acordes con su condición neuromotora y funcional.
EVOLUCION DE TERAPIA FISICA
Se realiza sesión individual de terapia física en cama, en decúbito supino, por antecedente de estreñimiento de más de 5 días sin deposición. Se aplican masaje abdominal y estimulación manual para favorecer motilidad intestinal, con maniobras suaves y progresivas en región abdominal; además, movilizaciones pasivas de miembros inferiores, cambios de posición y ejercicios respiratorios guiados. El usuario presenta leve incomodidad durante algunas maniobras, sin signos de dolor, con baja distensión abdominal y adecuada tolerancia al procedimiento. Finaliza estable, sin eventos adversos inmediatos y en condiciones de confort.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA
FISIOTERAPEUTA
T.P.00149

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

Evidencia fotográfica 1



Evidencia fotográfica 2



Gobernación del Huila UNIÓN TEMPORAL SAN MATÍAS	**REGISTRO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL POR TERAPIA FISICA**	Código: UTSM-FOR-022 Versión: 01 Fecha: 20/04/2026 Página

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	ORLANDO OSPINA
GENERO	MASCULINO
DOCUMENTO	12.099.961
EDAD	76 AÑOS
DIAGNOSTICO	ARTROSIS EN CUELLO DE PIE IZQUIERDO, HPB, ANEMIA CRÓNICA, HIPOACUSIA BILATERAL CON USO DE AUDÍFONOS, HERNIA HIATAL, GASTRITIS, HERNIA INGUINAL DERECHA, DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y CONTUSIÓN DEL CODO.
FECHA Y HORA DE INTERVENCIÓN FISICA	28 DE ABRIL DE 2026, 9:00 A. M. A 11:00 A. M.
NÚMERO DE SESIONES SEGÚN ORDEN MEDICA	1

EVALUACION Y PLAN DE TRATAMIENTO

Se realiza intervención fisioterapéutica individual orientada al mantenimiento y conservación de la condición física del residente, en concordancia con el plan de manejo fisioterapéutico formulado en la valoración inicial. Durante la sesión se realizaron movilizaciones articulares activas asistidas y pasivas en cabeza, cuello, hombros, codos y muñecas, complementadas con terapia manual para movilización de tejido tegumentario, aplicación de crioterapia y crema tópica con fines de relajación muscular. En la sesión se observó trabajo individual en sedente con énfasis en cuello, cintura escapular y hombros, buscando disminuir rigidez, favorecer postura funcional y mantener movilidad del miembro superior. Por sus antecedentes osteoarticulares, sensoriales y cognitivos, se realizó intervención progresiva con acompañamiento cercano, indicaciones simples y vigilancia permanente, orientada a conservar la capacidad funcional, mejorar tolerancia al esfuerzo y prevenir deterioro físico.

EVOLUCION DE TERAPIA FISICA

Residente que durante la sesión presentó tolerancia adecuada al tratamiento realizado, sin dolor ni incomodidad, permaneciendo estable al finalizar. Se evidenció buena recepción del manejo manual, de la crioterapia y de la crema tópica aplicadas en región cervical y de hombros, con respuesta favorable al apoyo terapéutico y a la postura en sedente. Se deja recomendación de continuar con el plan fisioterapéutico, reforzar movilización segura y mantener seguimiento del estado funcional por el equipo institucional.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA
FISIOTERAPEUTA
T.P.00149

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



Evidencia 1. Manejo fisioterapéutico en cuello y hombros con apoyo postural en sedente.



Evidencia 2. Terapia manual cervical y relajación muscular con acompañamiento individual.

Gobernación del Huila UNIÓN TEMPORAL SAN MATÍAS	**REGISTRO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL POR TERAPIA FISICA**	Código: UTSM-FOR-022 Versión: 01 Fecha: 20/04/2026 Página

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	CELSA CARDENAS ALBAÑIL
GENERO	FEMENINO
DOCUMENTO	37.080.559
EDAD	94 AÑOS
DIAGNOSTICO	EPOC, estreñimiento, demencia senil y fractura consolidada de cadera izquierda.
FECHA Y HORA DE INTERVENCIÓN FISICA	22 de abril de 2026, 9:00 a.m. a 10:00 a.m.
NÚMERO DE SESIONES SEGÚN ORDEN MEDICA	1

EVALUACION Y PLAN DE TRATAMIENTO

Usuaria adulta mayor con antecedente de EPOC, estreñimiento, demencia senil y fractura consolidada de cadera izquierda, con compromiso de la movilidad funcional, alteración del equilibrio, disminución de la tolerancia al esfuerzo y dependencia importante para actividades básicas. De acuerdo con la valoración inicial, cursa con limitación articular global, alteración del patrón de marcha, necesidad de movilización asistida en silla de ruedas y riesgo elevado de mayor desacondicionamiento físico. Se plantea seguimiento fisioterapéutico individual orientado al mantenimiento de rangos articulares, estimulación motora global, prevención de rigideces, entrenamiento de control postural y apoyo en transferencias, con supervisión permanente y dosificación del esfuerzo por su condición respiratoria y cognitiva.

EVOLUCION DE TERAPIA FISICA

Se realiza sesión individual de terapia física en horario establecido, iniciando con desplazamiento y posicionamiento seguro de la residente en silla de ruedas. Posteriormente se desarrolla intervención al aire libre con ejercicios de movilidad articular pasiva y activo-asistida en miembros inferiores, énfasis en tobillos, rodillas y caderas, acompañados de estiramientos suaves, estimulación sensoriomotriz y facilitación de control postural en sedente. Durante la sesión se brindan indicaciones simples, repetitivas y apoyo manual permanente, observándose participación limitada pero tolerancia adecuada al manejo terapéutico. Se finaliza sin eventos adversos, dejando a la residente en condiciones estables, con recomendación de continuar plan de mantenimiento funcional, prevención de rigidez y movilización asistida frecuente.



MONICA FERNANDA PUENTES PARRA
FISIOTERAPEUTA
T.P.00149

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA







Gobernación del Huila UNIÓN TEMPORAL SAN MATÍAS	**REGISTRO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL POR TERAPIA FISICA**	Código: UTSM-FOR-022 Versión: 01 Fecha: 20/04/2026 Página

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	BERTILDA GARCIA
GENERO	FEMENINO
DOCUMENTO	1.075.325.795
EDAD	76 AÑOS
DIAGNOSTICO	XEROSIS DEL CUTIS, BRADICARDIA, DERMATOMICOSIS Y ESQUIZOFRENIA.
FECHA Y HORA DE INTERVENCIÓN FISICA	27 DE ABRIL DE 2026 9:00 A. M. A 10:00 A. M.
NÚMERO DE SESIONES SEGÚN ORDEN MEDICA	1

EVALUACION Y PLAN DE TRATAMIENTO
Se realiza intervención fisioterapéutica individual orientada al mantenimiento y conservación de la condición física de la residente, en concordancia con el plan de manejo fisioterapéutico formulado en la valoración inicial. Durante la sesión se efectuaron movilizaciones articulares activas asistidas y pasivas en cuello, hombros, codos, muñecas, caderas, rodillas y tobillos, complementadas con terapia manual para movilización de tejido tegumentario y relajación muscular general. Se aplicó medio físico de crioterapia y crema tópica con fines de confort, relajación muscular y mejor respuesta al movimiento. De acuerdo con las imágenes anexas, también se realizó trabajo terapéutico en decúbito supino sobre colchoneta, con apertura y cierre de miembros superiores, movilidad global asistida de cintura escapular y miembros inferiores, elongación funcional, estimulación de control motor y acompañamiento verbal permanente para favorecer coordinación, amplitud de movimiento, postura y conservación funcional. La intervención se desarrolló con vigilancia continua, pausas según tolerancia y cuidado cutáneo durante la movilización, priorizando seguridad, bienestar y mantenimiento de capacidades residuales.
EVOLUCION DE TERAPIA FISICA
Residente que durante la sesión toleró adecuadamente la intervención fisioterapéutica, sin manifestación de dolor ni signos de incomodidad. Se observó adecuada respuesta a las movilizaciones articulares globales, terapia manual, aplicación de crioterapia y crema tópica, así como participación dentro de sus posibilidades funcionales en ejercicios guiados de miembros superiores e inferiores en decúbito. Finaliza la atención en condiciones estables, sin eventos adversos inmediatos, quedando con continuidad del plan de manejo fisioterapéutico.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA
FISIOTERAPEUTA
T.P.00149

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



Imagen 1



Imagen 2



Imagen 3



Imagen 4



Imagen 5

Gobernación del Huila UNIÓN TEMPORAL SAN MATÍAS	**REGISTRO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL POR TERAPIA FISICA**	Código: UTSM-FOR-022 Versión: 01 Fecha: 20/04/2026 Página

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	JESUS MARIA VELASQUEZ
GENERO	MASCULINO
DOCUMENTO	4.927.147
EDAD	90 AÑOS
DIAGNOSTICO	Amaurosis bilateral, gastritis crónica, hiperplasia de próstata, infección respiratoria y discapacidad intelectual.
FECHA Y HORA DE INTERVENCIÓN FISICA	22 de abril de 2026, 11:00 a.m. a 12:00 p.m.
NÚMERO DE SESIONES SEGÚN ORDEN MEDICA	1

EVALUACION Y PLAN DE TRATAMIENTO
Usuario adulto mayor con amaurosis bilateral, gastritis crónica, hiperplasia prostática, antecedente de infección respiratoria y discapacidad intelectual, con limitación de la movilidad funcional, alteración del equilibrio y requerimiento de apoyo para desplazamientos seguros. En la valoración inicial se documenta dependencia importante para actividades básicas, necesidad de silla de ruedas y dolor a la movilidad en miembro inferior derecho. El seguimiento fisioterapéutico se enfoca en mantener movilidad articular, estimular fuerza funcional y flexibilidad en miembros inferiores, favorecer circulación y confort, y reforzar orientación y seguridad durante la intervención mediante acompañamiento verbal y manual permanente.
EVOLUCION DE TERAPIA FISICA
Se realiza sesión individual de terapia física, con residente en silla de ruedas y adecuada preparación del entorno. Se ejecutan ejercicios pasivos y activo-asistidos en miembros inferiores, con énfasis en movilidad de rodilla, tobillo y pie, estiramiento suave, estimulación funcional y facilitación motora, respetando tolerancia y respuesta del usuario. Durante el tratamiento se mantiene comunicación verbal constante, guía táctil y acompañamiento cercano por limitación visual y condición cognitiva, evidenciándose adecuada aceptación de la terapia y respuesta clínica estable. Finaliza sesión sin novedades, dejando al residente confortable, orientado dentro de sus posibilidades y con indicación de continuar manejo para mantenimiento de movilidad y prevención de mayor deterioro funcional.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA
FISIOTERAPEUTA
T.P.00149

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA





DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	MARIA QUINTERO
GENERO	FEMENINO
DOCUMENTO	26.515.641
EDAD	86 AÑOS
DIAGNOSTICO	Gastritis crónica, estreñimiento, dermatomicosis, incontinencia fecal, incontinencia urinaria y discapacidad intelectual.
FECHA Y HORA DE INTERVENCIÓN FISICA	22 de abril de 2026, 10:00 a.m. a 11:00 a.m.
NÚMERO DE SESIONES SEGÚN ORDEN MEDICA	1

EVALUACION Y PLAN DE TRATAMIENTO

Usuaria adulta mayor con antecedente de discapacidad intelectual, trastornos gastrointestinales e incontinencia urinaria y fecal, que condicionan disminución funcional, alteración del equilibrio y dependencia severa para actividades básicas. Según valoración inicial presenta movilidad global limitada, no realiza marcha, requiere asistencia para desplazamiento y supervisión constante para el seguimiento de instrucciones. El seguimiento fisioterapéutico se orienta a conservar movilidad articular, estimular patrones motores básicos, favorecer control cefalocaudal y postural, promover interacción con el entorno y prevenir mayor deterioro funcional asociado al sedentarismo y a la inmovilidad.

EVOLUCION DE TERAPIA FISICA

Se realiza sesión individual de terapia física con traslado asistido en silla de ruedas hacia espacio terapéutico seguro. Durante la intervención se ejecutan actividades de estimulación motora global, ejercicios activo-asistidos de miembros superiores e inferiores, movilización articular, trabajo de control postural en sedente y ejercicios terapéuticos lúdicos de coordinación y participación, ajustados a su capacidad cognitiva. Se observa buena disposición durante la sesión, respuesta favorable a comandos simples y tolerancia adecuada al tratamiento, sin signos de dolor agudo ni complicaciones durante la intervención. Se finaliza en condiciones estables, recomendando continuidad del manejo enfocado en mantenimiento funcional, estimulación motora y supervisión permanente en sus desplazamientos y cambios de posición.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA
FISIOTERAPEUTA
T.P.00149

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA









Gobernación del Huila UNIÓN TEMPORAL SAN MATÍAS	**REGISTRO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL POR TERAPIA FISICA**	Código: UTSM-FOR-022 Versión: 01 Fecha: 20/04/2026 Página

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	JORGE DURAN CANACUE
GENERO	MASCULINO
DOCUMENTO	1.075.325.796
EDAD	74 AÑOS
DIAGNOSTICO	Qx Dupuytren Bilateral, Hiperlipidemia, Dermatomicosis, Discapacidad Intelectual, Trastornos Especificados De La Sinovia Y Del Tendón, Bursitis Del Hombro, Hallazgos Anormales En Diagnóstico Por Imagen Del Corazón Y De La Circulación Coronaria, Alteraciones De La Visión, Tendinosis De La Porción Larga Del Bíceps, Bursitis Subescapular Y Disminución De La Agudeza Visual.
FECHA Y HORA DE INTERVENCIÓN FISICA	28 DE ABRIL DE 2026, 9:00 A. M. A 11:00 A. M.
NÚMERO DE SESIONES SEGÚN ORDEN MEDICA	1

EVALUACION Y PLAN DE TRATAMIENTO
Se realiza intervención fisioterapéutica individual orientada al mantenimiento y conservación de la condición física del residente, en concordancia con el plan de manejo fisioterapéutico formulado en la valoración inicial. Durante la sesión se realizaron movilizaciones articulares activas asistidas y pasivas en cabeza, cuello, hombros, codos y muñecas, complementadas con terapia manual para movilización de tejido tegumentario, aplicación de crioterapia y crema tópica con fines de relajación muscular. De acuerdo con lo observado, se trabajó principalmente en sedente con manejo terapéutico de región cervical y cintura escapular, estimulación de la postura erguida, movilidad funcional de hombros y respuesta al comando con acompañamiento cercano. Teniendo en cuenta sus antecedentes osteotendinosos, visuales y cognitivos, se priorizó un abordaje seguro, progresivo y supervisado, orientado a preservar la movilidad del miembro superior, disminuir rigidez, favorecer la tolerancia a la actividad y mantener la funcionalidad global.
EVOLUCION DE TERAPIA FISICA
Residente que toleró adecuadamente la intervención fisioterapéutica, sin manifestaciones de dolor ni signos de incomodidad, permaneciendo estable al finalizar la sesión. Se evidenció buena respuesta al manejo manual realizado en región cervical, hombros y cintura escapular, con participación dentro de sus posibilidades y adecuada recepción del medio físico y de la crema tópica aplicada para relajación muscular. Durante la actividad se observó mantenimiento de sedente, respuesta a indicaciones simples y evolución favorable al manejo individual, por lo que se recomienda continuidad del plan fisioterapéutico institucional y seguimiento de la movilidad funcional.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA
FISIOTERAPEUTA
T.P.00149

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



Evidencia 1. Terapia manual y relajación muscular en región cervical y cintura escapular en sedente.



Evidencia 2. Manejo fisioterapéutico bilateral de hombros con crioterapia y crema tópica relajante.

Gobernación del Huila UNIÓN TEMPORAL SAN MATÍAS	**REGISTRO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL POR TERAPIA FISICA**	Código: UTSM-FOR-022 Versión: 01 Fecha: 20/04/2026 Página

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	ISABEL SUNS
GENERO	FEMENINO
DOCUMENTO	26.474.175
EDAD	92 AÑOS
DIAGNOSTICO	Hipertensión arterial esencial primaria, obesidad, hipotiroidismo, insuficiencia cardiaca, infección de vías urinarias a repetición, colelitiasis, antecedente de neumonía, estreñimiento/constipación, demencia senil y anemia de tipo no especificado.
FECHA Y HORA DE INTERVENCIÓN FISICA	23/04/2026 de 11:00 a. m. a 12:00 m.
NÚMERO DE SESIONES SEGÚN ORDEN MEDICA	1

EVALUACION Y PLAN DE TRATAMIENTO
Usuaria femenina de 92 años con antecedentes de hipertensión arterial, obesidad, hipotiroidismo, insuficiencia cardiaca, antecedente de infección urinaria a repetición, colelitiasis, neumonía previa, estreñimiento, demencia senil y anemia, condiciones que repercuten en su movilidad funcional, tolerancia al esfuerzo y desempeño en actividades básicas. De acuerdo con la valoración fisioterapéutica inicial, requiere manejo orientado al mantenimiento de la movilidad articular global, conservación de la fuerza muscular funcional, prevención del desacondicionamiento físico y disminución del riesgo de caídas y dependencia. Para la presente sesión se dio continuidad al plan de manejo fisioterapéutico mediante movilizaciones articulares de miembros superiores e inferiores, masaje terapéutico corporal, cambios de posición, aplicación de crioterapia y crema tópica caliente en rodilla para favorecer relajación muscular, disminuir rigidez y aliviar molestia osteoarticular, todo ello bajo supervisión y con adaptación a su condición clínica y funcional.
EVOLUCION DE TERAPIA FISICA
El 23/04/2026, en el horario de 11:00 a. m. a 12:00 m., se realizó sesión de fisioterapia enfocada en mantenimiento y conservación de la condición física de la residente. Durante la intervención se efectuaron movilizaciones articulares pasivas y asistidas en miembros superiores e inferiores, incluyendo hombros, codos, muñecas, caderas, rodillas y tobillos, con el fin de preservar rangos de movimiento y disminuir rigidez. Se complementó con masaje terapéutico en diferentes segmentos corporales, cambios de posición y manejo postural. Adicionalmente, se aplicó medio físico de crioterapia y crema tópica caliente en rodilla para favorecer relajación muscular y manejo de molestia articular. La residente toleró adecuadamente la sesión, no manifestó dolor ni incomodidad durante el procedimiento y finalizó estable.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA
FISIOTERAPEUTA
T.P.00149

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



Gobernación del Huila UNIÓN TEMPORAL SAN MATÍAS	**REGISTRO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL POR TERAPIA FISICA**	Código: UTSM-FOR-022 Versión: 01 Fecha: 20/04/2026 Página

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	LEONARDO PEREZ ORTIZ
GENERO	MASCULINO
DOCUMENTO	12.267.552
EDAD	77 AÑOS
DIAGNOSTICO	HIPOTIROIDISMO, ESTREÑIMIENTO O CONSTIPACIÓN, ESQUIZOFRENIA E INCONTINENCIA MIXTA URINARIA Y FECAL.
FECHA Y HORA DE INTERVENCIÓN FISICA	28 DE ABRIL DE 2026, 9:00 A. M. A 11:00 A. M.
NÚMERO DE SESIONES SEGÚN ORDEN MEDICA	1

EVALUACION Y PLAN DE TRATAMIENTO
Se realiza intervención fisioterapéutica individual orientada al mantenimiento y conservación de la condición física del residente, en concordancia con el plan de manejo fisioterapéutico formulado en la valoración inicial. Durante la sesión se realizaron movilizaciones articulares activas asistidas y pasivas en cabeza, cuello, hombros, codos y muñecas, complementadas con terapia manual para movilización de tejido tegumentario, aplicación de crioterapia y crema tópica con fines de relajación muscular. Según lo observado en la sesión, se realizó trabajo en sedente con énfasis en relajación muscular de cuello y hombros, estímulo postural, control del tronco y acompañamiento permanente para favorecer seguridad durante la actividad. Considerando sus antecedentes de esquizofrenia, hipotiroidismo, estreñimiento e incontinencia, se mantuvo un abordaje de baja demanda física, con instrucciones sencillas y supervisión constante, orientado a conservar movilidad, prevenir desacondicionamiento y favorecer confort físico.
EVOLUCION DE TERAPIA FISICA
Residente que toleró bien la sesión programada, sin manifestación de dolor ni incomodidad durante el manejo fisioterapéutico, finalizando en condiciones estables. Se observó adecuada aceptación de la terapia manual y del manejo relajante en región cervical y cintura escapular, con participación limitada pero favorable dentro de sus posibilidades funcionales y cognitivas. Se recomienda continuar con el plan de tratamiento institucional, mantener movilización segura y reforzar las actividades de conservación funcional con apoyo del personal cuidador.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA
FISIOTERAPEUTA
T.P.00149

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



Evidencia 1. Manejo terapéutico posterior de hombros y cuello en usuario sedente.



Evidencia 2. Terapia manual en cintura escapular y región cervical con supervisión continua.

Gobernación del Huila UNIÓN TEMPORAL SAN MATÍAS	**REGISTRO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL POR TERAPIA FISICA**	Código: UTSM-FOR-022 Versión: 01 Fecha: 20/04/2026 Página

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	MARIA CRISTINA GARCIA
GENERO	FEMENINO
DOCUMENTO	1.075.795.722
EDAD	78 AÑOS
DIAGNOSTICO	DISCAPACIDAD AUDITIVA, COLON IRRITABLE, RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR CON DISPOSITIVO DE FIJACIÓN, HEMORRAGIA VAGINAL Y TUMOR DE COMPORTAMIENTO NO ESPECIFICADO.
FECHA Y HORA DE INTERVENCIÓN FISICA	24 DE ABRIL DE 2026 10:00 A. M. A 11:00 A. M.
NÚMERO DE SESIONES SEGÚN ORDEN MEDICA	1

EVALUACION Y PLAN DE TRATAMIENTO
Se realiza intervención fisioterapéutica individual orientada al mantenimiento y conservación de la condición física de la residente, en concordancia con el plan de manejo fisioterapéutico establecido en la valoración inicial. Durante la sesión se efectuaron movilizaciones articulares activas asistidas y pasivas en cuello, hombros, codos, muñecas, caderas, rodillas y tobillos, complementadas con terapia manual para movilización de tejido tegumentario, relajación muscular y reeducación postural. Se aplicó medio físico de crioterapia y crema tópica para favorecer confort muscular. Asimismo, se realizó trabajo de fuerza muscular mediante contracción isométrica en miembros superiores e inferiores en resistencia a la fuerza de la gravedad, con 3 series de 10 repeticiones, además de ejercicios activos guiados en sedente, apertura y elevación de miembros superiores, extensión de miembros inferiores, control de tronco y seguimiento de comandos visuales y demostrativos, ajustados a su condición auditiva. La intervención se desarrolló con supervisión permanente, evitando sobreesfuerzos y priorizando seguridad, funcionalidad, tolerancia al esfuerzo y continuidad del plan terapéutico.
EVOLUCION DE TERAPIA FISICA
Residente que durante la sesión toleró adecuadamente la intervención fisioterapéutica, sin manifestación de dolor ni signos de incomodidad. Se observó participación favorable en actividades terapéuticas en sedente, ejercicios de movilidad articular global, trabajo isométrico, control motor guiado de miembros superiores e inferiores y terapia manual en región cervical y cintura escapular, favoreciendo relajación muscular y mantenimiento funcional. Finaliza la atención en condiciones estables, sin eventos adversos inmediatos, quedando con continuidad del plan de manejo fisioterapéutico.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA
FISIOTERAPEUTA
T.P.00149

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



Evidencia 1. Sedente con movilidad activa guiada de MI y control postural.



Evidencia 2. Repetición de movilidad activa en sedente con estímulo visual y verbal.



Evidencia 3. Abducción de miembros inferiores en sedente.



Evidencia 4. Ejercicio activo guiado de miembros inferiores para movilidad y coordinación.



Evidencia 5. Apertura de miembros superiores y miembros inferiores en sedente.



Evidencia 6. Continuación de ejercicios activos guiados para amplitud articular y control motor.

 Evidencia 7. Terapia manual en región cervical y escapular para relajación muscular.	 Evidencia 8. Terapia manual complementaria cervical y escapular con enfoque postural.

Gobernación del Huila UNIÓN TEMPORAL SAN MATÍAS	**REGISTRO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL POR TERAPIA FISICA**	Código: UTSM-FOR-022 Versión: 01 Fecha: 20/04/2026 Página

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	OCTAVIO OLAYA
GENERO	MASCULINO
DOCUMENTO	1.081.160.091
EDAD	72 AÑOS
DIAGNOSTICO	DISCAPACIDAD INTELECTUAL, DERMATOMICOSIS Y CARCINOMA BASOCELULAR DE VERTIENTE NASAL.
FECHA Y HORA DE INTERVENCIÓN FISICA	28 DE ABRIL DE 2026, 9:00 A. M. A 11:00 A. M.
NÚMERO DE SESIONES SEGÚN ORDEN MEDICA	1

EVALUACION Y PLAN DE TRATAMIENTO
Se realiza intervención fisioterapéutica individual orientada al mantenimiento y conservación de la condición física del residente, en concordancia con el plan de manejo fisioterapéutico formulado en la valoración inicial. Durante la sesión se realizaron movilizaciones articulares activas asistidas y pasivas en cabeza, cuello, hombros, codos y muñecas, complementadas con terapia manual para movilización de tejido tegumentario, aplicación de crioterapia y crema tópica con fines de relajación muscular. De acuerdo con el registro fotográfico, se trabajó en sedente con énfasis en región cervical, hombros y control postural, favoreciendo movilidad funcional del miembro superior y respuesta al comando mediante apoyo cercano. Teniendo en cuenta su discapacidad intelectual y sus condiciones dermatológicas, se priorizó una intervención segura, supervisada y adaptada a su nivel de comprensión, buscando preservar movilidad, prevenir rigidez y contribuir al mantenimiento de la funcionalidad global.
EVOLUCION DE TERAPIA FISICA
Residente que toleró adecuadamente la intervención fisioterapéutica, sin dolor ni incomodidad durante el manejo realizado, finalizando estable. Se observó buena respuesta al tratamiento manual en cuello y hombros, adecuada recepción de la crioterapia y de la crema tópica aplicada para relajación muscular, así como participación dentro de sus posibilidades con apoyo terapéutico directo. Se recomienda continuidad del plan de tratamiento institucional y acompañamiento permanente para favorecer movilidad segura y conservación funcional.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA
FISIOTERAPEUTA
T.P.00149

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



Evidencia 1. Terapia manual en región cervical posterior y hombros en sedente.



Evidencia 2. Manejo relajante de cuello y cintura escapular con acompañamiento terapéutico.

Gobernación del Huila UNIÓN TEMPORAL SAN MATÍAS	**REGISTRO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL POR TERAPIA FISICA**	Código: UTSM-FOR-022 Versión: 01 Fecha: 20/04/2026 Página

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	LEONILDE LEYTON CALDERÓN
GENERO	FEMENINO
DOCUMENTO	1.075.325.799
EDAD	87 AÑOS
DIAGNOSTICO	Obesidad mórbida, discapacidad intelectual, hernia umbilical y retraso mental no especificado con otros deterioros del comportamiento.
FECHA Y HORA DE INTERVENCIÓN FISICA	24 DE ABRIL DE 2026, 10:00 A. M. A 11:00 A. M.
NÚMERO DE SESIONES SEGÚN ORDEN MEDICA	1

EVALUACION Y PLAN DE TRATAMIENTO
Se realiza intervención fisioterapéutica individual orientada al mantenimiento y conservación de la condición física de la residente, en coherencia con el plan de manejo fisioterapéutico formulado en la valoración inicial. Teniendo en cuenta su condición de obesidad mórbida, discapacidad intelectual, hernia umbilical y compromiso cognitivo, se prioriza manejo seguro, progresivo y supervisado, dirigido a preservar la movilidad articular, favorecer el control postural, estimular la funcionalidad global y prevenir complicaciones asociadas al sedentarismo y al desacondicionamiento físico. Durante la sesión se realizaron movilizaciones articulares activas asistidas y pasivas en cuello, hombros, codos, muñecas, caderas, rodillas y tobillos; terapia manual con movilización de tejido tegumentario; cambios de posición; trabajo terapéutico en sedente; estimulación motora guiada de miembros superiores con implementos livianos para favorecer coordinación, respuesta a comandos, participación funcional y tolerancia a la actividad; además de aplicación de crioterapia y crema tópica para promover relajación muscular y disminuir rigidez o molestia osteoarticular, especialmente en extremidades superiores y cintura escapular. Se mantiene enfoque preventivo evitando sobreesfuerzos y actividades que incrementen la presión abdominal, dando continuidad al plan de tratamiento institucional.
EVOLUCION DE TERAPIA FISICA

Residente que durante la sesión se mostró participativa dentro de sus posibilidades, con respuesta favorable al acompañamiento terapéutico y a las indicaciones simples. Se evidenció tolerancia adecuada al manejo fisioterapéutico realizado, sin manifestaciones de dolor ni incomodidad durante las movilizaciones, el trabajo funcional en sedente, la terapia manual y la aplicación de medios físicos. Se observó ejecución de movimientos guiados con apoyo verbal y físico, mantenimiento de sedente durante la actividad y adecuada recepción de la crioterapia y del manejo tópico para relajación muscular.

Finaliza la intervención en condiciones estables, sin signos de alarma, recomendándose continuidad del plan fisioterapéutico, movilización segura, cambios posturales y seguimiento permanente por el equipo cuidador.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA
FISIOTERAPEUTA
T.P.00149

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



Evidencia 1. Crioterapia y manejo terapéutico en miembro superior.



Evidencia 2. Aplicación de medio físico y terapia manual en miembro superior.



Evidencia 3. Ejercicio terapéutico y estimulación funcional de miembros superiores en sedente.



Evidencia 4. Trabajo de coordinación, movilidad funcional y respuesta a comandos en sedente.



Evidencia 5. Crioterapia en cintura escapular y región cervical posterior.

Gobernación del Huila UNIÓN TEMPORAL SAN MATÍAS	**REGISTRO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL POR TERAPIA FISICA**	Código: UTSM-FOR-022 Versión: 01 Fecha: 20/04/2026 Página

DATOS DEL USUARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	ROSA MARIA CLAVER
GENERO	FEMENINO
DOCUMENTO	1.075.325.788
EDAD	77 AÑOS
DIAGNOSTICO	EPILEPSIA, OSTEOSÍNTESIS DE FÉMUR IZQUIERDO (2015), DISCAPACIDAD AUDITIVA, SÍNCOPE Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL.
FECHA Y HORA DE INTERVENCIÓN FISICA	27 DE ABRIL DE 2026 10:00 A. M. A 11:00 A. M.
NÚMERO DE SESIONES SEGÚN ORDEN MEDICA	1

EVALUACION Y PLAN DE TRATAMIENTO
Se realiza intervención fisioterapéutica individual orientada al mantenimiento y conservación de la condición física de la residente, en concordancia con el plan de manejo fisioterapéutico formulado en la valoración inicial. Durante la sesión se efectuaron movilizaciones articulares activas asistidas y pasivas en cuello, hombros, codos, muñecas, caderas, rodillas y tobillos, complementadas con terapia manual para movilización de tejido tegumentario y aplicación de crioterapia con crema tópica para favorecer relajación muscular general. Se trabajó en decúbito supino sobre colchoneta con ejercicios guiados de movilidad global de miembros superiores e inferiores, apertura y elevación de miembros superiores, movilidad de cadera y rodilla, control motor básico y respuesta a comandos visuales y demostrativos, todo ello ajustado a su condición neurológica, sensorial y funcional. La intervención se desarrolló con acompañamiento permanente, ritmo progresivo y medidas de seguridad orientadas a prevenir riesgo de caída, síncope o fatiga, favoreciendo movilidad segura, conservación funcional y bienestar físico.
EVOLUCION DE TERAPIA FISICA
Usuaria que durante la sesión toleró adecuadamente la intervención fisioterapéutica, sin manifestación de dolor ni signos de incomodidad, permaneciendo estable al finalizar. Se observó participación en ejercicios guiados de movilidad en decúbito, con trabajo activo asistido de miembros superiores e inferiores, apertura y elevación bilateral de brazos, así como movilización funcional de miembros inferiores con acompañamiento manual. Se complementó con terapia manual y manejo relajante, manteniendo supervisión continua y apoyo demostrativo por su discapacidad auditiva e intelectual.

MONICA FERNANDA PUENTES PARRA
FISIOTERAPEUTA
T.P.00149

UNIÓN TEMPORAL SAN MATÍAS
Carrera 15 # 3B-66 – Sede San José | Calle 3 # 15-38 – Sede Santa Teresa | Neiva – Huila
(+57) 317 573 0749 | uniontemporalsm2025@gmail.com

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



Evidencia 1. Posicionamiento inicial y movilidad articular de miembros superiores en decúbito supino.



Evidencia 2. Ejercicio terapéutico de apertura bilateral de miembros superiores con acompañamiento guiado.



Evidencia 3. Elevación activa asistida de miembros superiores para amplitud articular y control motor.



Evidencia 4. Movilización funcional de miembros inferiores con énfasis en cadera y rodilla.



Evidencia 5. Ejercicio terapéutico bilateral de miembros inferiores para conservación de rangos articulares.



Evidencia 6. Trabajo guiado de flexión y control de miembros inferiores en decúbito supino.

INFORME DE ACTIVIDADES ÁREA DE NUTRICIÓN
Periodo: 21 al 30 ABRIL DE 2026

Tipo actividad	Nombre de la actividad	Objetivo	Fecha	Evidencia
Grupales	Seguimiento minuta e Inspección de aplicación de buenas prácticas de manufactura en la manipulación de Alimentos.	Verificar el cumplimiento de la minuta alimentaria establecida para los usuarios de la Unión Temporal San Matias durante el mes de abril de 2026, así como evaluar la aplicación de las buenas prácticas de manipulación de alimentos, el control del estado nutricional mediante seguimiento de peso y la adherencia a las dietas prescritas, conforme a los lineamientos técnicos establecidos.	Abril de 2026	**Minuta** **Acta de seguimiento**
Individuales	Seguimiento nutricional a adultos mayores y personas en condición de discapacidad.	Se realizó la valoración nutricional de adultos mayores y personas en condición de discapacidad, mediante la toma de peso y talla, permitiendo el seguimiento de	Del 21 al 30 de 2026	Anexo valoraciones de seguimiento Nutricional.

		su estado físico, la detección temprana de posibles alteraciones nutricionales y la implementación de acciones de intervención oportunas.		



Periodo: Abril de 2026.
Area: Nutrición y Dietética
Profesional: FAYZULLY YANCE GONZALEZ

Objetivo del seguimiento
Realizar seguimiento y verificación al cumplimiento de la minuta alimentaria establecida para los residentes de la Unión Temporal San Matías, así como evaluar las buenas prácticas de manipulación de alimentos por parte del personal de cocina, verificando las condiciones de almacenamiento, conservación, preparación y distribución de los alimentos, garantizando el cumplimiento de las condiciones de higiene, inocuidad y calidad en la prestación del servicio alimentario.

Desarrollo de la visita de seguimiento
Durante el periodo evaluado, la profesional en nutrición realizó visitas de seguimiento al servicio de alimentación al área de preparación de alimentos, efectuando inspección y supervisión de las actividades desarrolladas por el personal manipulador de alimentos.
En el desarrollo de la visita se verificó el cumplimiento de la minuta alimentaria programada para los residentes, evidenciando la adecuada preparación y distribución de los alimentos conforme a las necesidades nutricionales de la población adulta mayor.
Igualmente, se realizó revisión de las áreas de almacenamiento de alimentos secos, refrigerados y congelados, verificando condiciones de orden, limpieza, rotulación, fechas de vencimiento y adecuada conservación de los productos.
Se efectuó observación directa del proceso de preparación de alimentos, incluyendo prácticas de higiene personal, lavado de manos, uso de elementos de protección personal, limpieza de utensilios y superficies, así como control de porciones servidas a los residentes conforme a las indicaciones nutricionales establecidas.

Durante el periodo evaluado se evidenció que:

- Se dio cumplimiento a la minuta alimentaria establecida para el periodo evaluado.
- El personal manipulador utilizó adecuadamente elementos de protección personal como gorro, tapabocas y delantal.
- Se mantuvieron condiciones adecuadas de limpieza e higiene en el área de cocina y comedor.
- Los alimentos almacenados se encontraron organizados y conservados en condiciones adecuadas.
- Se verificó el adecuado manejo de cadenas de frío para productos perecederos.
- Las porciones servidas a los residentes fueron acordes con las recomendaciones nutricionales y características individuales de la población atendida.

- Se evidenció disposición adecuada de residuos y limpieza permanente de utensilios y superficies.

Se evidencia en la visita:

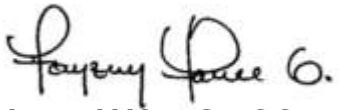
- Orden y adecuada organización de los alimentos en zonas de almacenamiento.
- Cumplimiento de rutinas de limpieza y desinfección del área de cocina.
- Correcta manipulación de alimentos durante los procesos de preparación y servido.
- Disponibilidad de insumos de aseo y desinfección para el personal.
- Adecuada presentación personal del equipo de cocina.
- Seguimiento permanente al cumplimiento de la minuta y control de porciones.

Se generan los siguientes compromisos:

- Continuar fortaleciendo las buenas prácticas de manipulación de alimentos por parte del personal de cocina.
- Mantener el seguimiento permanente a las condiciones de almacenamiento y conservación de alimentos.
- Continuar realizando control de porciones y cumplimiento estricto de la minuta alimentaria.
- Fortalecer las rutinas de limpieza y desinfección de superficies y utensilios.
- Mantener el uso obligatorio de elementos de protección personal durante toda la jornada laboral.

Conclusión

La visita de seguimiento realizada durante el mes de abril de 2026 permitió evidenciar el adecuado cumplimiento de la minuta alimentaria y de las buenas prácticas de manipulación de alimentos por parte del personal de cocina. Se observaron condiciones satisfactorias de higiene, almacenamiento, preparación y distribución de alimentos, contribuyendo a garantizar la inocuidad alimentaria y el bienestar nutricional de los adultos mayores residentes.



FAYZULLY YANCE GONZALEZ

TP.ND02561

Evidencia Fotográfica





Fuente propia. Inspección de preparación y servido de alimentos.

Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: SILVA HURTADO ASUNCION
Tipo y número de documento de identidad: CC 17150622
Género: M
Fecha Nacimiento: 8/03/1945
Edad: 81 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria SILVIA HURTADO ASUNCION con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 54,4 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,60 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 21,3 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: SILVIA HURTADO ASUNCION, adulta mayor de 81 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, GLAUCOMA, ANTECEDENTES DE CIRUGÍA DE CATARATA, DERMATOMICOSIS, ESQUIZOFRENIA, sus medidas antropométricas son: Peso: 54,4 kg y Talla 1,60 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Normocalórica
- Seguimiento Nutricional mensual

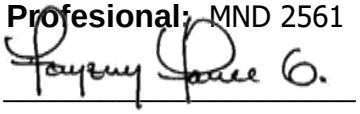
RECOMENDACIONES:

•Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía y digestión estable.
•Limite el consumo de sal a una cucharadita al día en todas las preparaciones.
•Incremente el consumo de frutas cocidas o blandas, entre 3 y 5 porciones al día (manzana cocida, papaya, banano maduro, compotas sin azúcar).

•Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día (zanahoria, auyama, calabacín). Evite espinaca, acelga y apio por su efecto laxante o irritante.
•Consuma 2 a 3 porciones de lácteos al día como leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.
•Incluya 3 porciones de proteína animal al día, como:
o 150 g de carne magra
o 200 g de pollo sin piel
o 150 g de pescado cocido
o 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite el consumo de vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, enlatados y mariscos.
•Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.
•Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, como:
o 1 pocillo de arroz blanco o espagueti
o 1 papa mediana
o ¼ plátano cocido
o 1 pan integral blando
o 4 galletas integrales sin azúcar
o 1 arepa mediana
o 3 cucharadas de avena cocida
•Evite el consumo de gaseosas, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
•Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
•Evite fritos, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
•Puede usar aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: ANDRADE CUPITRA MARTA
Tipo y número de documento de identidad: CC 52372728
Género: F
Fecha Nacimiento: 2/05/1972
Edad: 54 Años
EPS y Régimen: FAMISANAR SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria ANDRADE CUPITRA MARTA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 32,4 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,47 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 15,0 m2
- **Clasificación Nutricional:** Delgadez

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: ANDRADE CUPITRA MARTA, adulta mayor de 54 años de edad, vinculado al SGSSS FAMISANAR EPS. Presentando como antecedente de salud, EPILEPSIA LESIONAL REFRACTARIA, ESTREÑIMIENTO, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 32,4 kg y Talla 1,47 cm diagnostico nutricional Delgadez.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta hipercalórica, hiperproteica, hipoglucídica y rica en fibra
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Fraccione la alimentación en 6 a 8 tiempos al día: 3 comidas principales y 3–5 meriendas densas en energía y proteína.

Aumente el consumo de proteínas de alto valor biológico, incluyendo:

150–200 g de carne magra cocida

200–250 g de pollo sin piel cocido

150–200 g de pescado cocido

2 huevos tibios al día (máximo 5 veces por semana)

1 pocillo de leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 4–5 veces por semana

2–3 porciones de lácteos al día: leche entera, yogur natural, cuajada, queso campesino bajo en sal

Enriquezca las preparaciones con fuentes proteicas adicionales: leche en polvo, clara de huevo cocida, queso rallado bajo en sal, harina de leguminosas, avena fortificada.

Limite el consumo de azúcares simples y harinas refinadas: evite azúcar blanca, panela, miel, jugos azucarados, pan blanco, galletas comerciales, pasteles y productos de paquete.

Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, priorizando fuentes con bajo índice glucémico y alto contenido de fibra:

Arroz integral, espagueti integral, avena cocida, papa cocida, plátano maduro, pan integral blando, arepa de maíz

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas, con bajo índice glucémico y alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, guayaba, papaya, pera).

Consuma 2 a 3 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.

Incluya fuentes de grasa saludable en cada comida:

Aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya)

Aguacate, semillas (chía, linaza), frutos secos (maní, nueces, almendras)

Prefiera preparaciones suaves: cocidos, hervidos, al vapor, al horno sin grasa añadida.

Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, productos de paquete, embutidos, frituras, salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Aumente la ingesta de líquidos a 6–8 vasos de agua al día, incluyendo caldos naturales, infusiones suaves y jugos sin azúcar.

Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

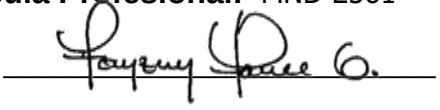
RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS:

Usuaria se encuentra en riesgo nutricional, requiere apoyar la alimentación con una nutrición especializada evitando aumentar riesgo de complicaciones metabólicas y riesgo de morbimortalidad,

Se recomienda complementar alimentación con dos tomas de alimento líquido, polimérico, hiperproteico, a base de carbohidratos, lípidos, vitaminas, minerales y HMB (ensure® advance botella liquida por 237 c,c) 2 veces/día por vía oral.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: DURAN CANACUE JORGE
Tipo y número de documento de identidad: CC 1075325796
Género: M
Fecha Nacimiento: 1/01/1952
Edad: 74 Años
EPS y Régimen: FAMISANAR SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuario DURAN CANACUE JORGE con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 70,4 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,60 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 27,5 m2
- **Clasificación Nutricional:** Sobrepeso

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: DURAN CANACUE JORGE, adulto mayor de 74 años de edad, vinculado al SGSSS FAMISANAR EPS. Presentando como antecedente de salud, CIRUGIA DUPUYTREN BILATERAL, HIPERLIPIDEMIA, DERMATOMICOSIS, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 70,4 kg y Talla 1,60 cm diagnostico nutricional Sobrepeso.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Hipocalórica e Hipograsa
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Fraccione la alimentación en 5 a 6 tiempos al día, con porciones pequeñas y preparaciones suaves.

Limite el consumo de grasas totales a menos de 25% del valor calórico diario.

Evite el consumo de grasas saturadas y trans, presentes en:

Mantequilla, margarina, crema de leche, nata

Embutidos, vísceras, costilla, chuleta, queso doble crema

Productos de paquete, frituras, comidas rápidas, pasteles, galletas comerciales

Utilice aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya) en mínima cantidad, solo para cocción.

Prefiera métodos de cocción suaves: hervido, al vapor, al horno sin grasa añadida.

Consuma 2 porciones de proteína animal al día, como:

100–150 g de carne magra cocida

150–200 g de pollo sin piel cocido

150 g de pescado cocido

1 huevo tibio al día (máximo 3 veces por semana)

Incluya 1 a 2 porciones de lácteos bajos en grasa: leche deslactosada, yogur natural sin azúcar, cuajada o queso campesino bajo en grasa.

Consuma leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 2–3 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas, con alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, papaya, guayaba, pera).

Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.

Consuma 1 porción de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de

fibra:

Arroz integral, espagueti integral, papa cocida, plátano maduro, pan integral blando, arepa de maíz, avena cocida

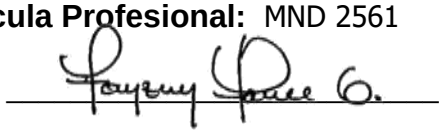
Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, productos de paquete, salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.

Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: SILVA PILAR
Tipo y número de documento de identidad: CC 1075325792
Género: F
Fecha Nacimiento: 1/01/1957
Edad: 69 Años
EPS y Régimen: FAMISANAR EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria SILVA PILAR con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No refiere
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No.

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 41 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,50 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 18,2 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: SILVA PILAR, adulta mayor de 69 años de edad, vinculado al SGSSS FAMISANAR EPS. Presentando como antecedente de salud, PROLAPSO GENITAL GRADO GRADO 3, DERMATÓMICOSIS, DEMENCIA SENIL, sus medidas antropométricas son: Peso: 41 kg y Talla 1,50 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Normocalórica rica en fibra y libre de irritantes
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Recomendaciones generales – Dieta blanda normocalórica, rica en fibra y libre de irritantes
Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía estable y favorecer la digestión.

Limite el consumo de sal a una cucharadita (5 g) al día en todas las preparaciones.

Evite el uso de condimentos irritantes como ajo, cebolla cruda, pimentón, ají, vinagre, salsas comerciales, encurtidos, caldos concentrados y alimentos ultraprocesados.

Incremente el consumo de frutas blandas y cocidas, entre 3 y 5 porciones al día, priorizando aquellas con alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, papaya, guayaba, pera).

Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, calabacín, espinaca cocida, habichuela tierna.

Evite verduras flatulentas o irritantes como coles, apio, acelga cruda, cebolla cruda y pimentón.

Incluya 2 a 3 porciones de lácteos bajos en grasa y sin azúcar: leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.

Consuma 3 porciones de proteína animal al día, como:

150 g de carne magra cocida

200 g de pollo sin piel cocido

150 g de pescado cocido

2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite el consumo de vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, mariscos y productos enlatados.

Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.

Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:

1 pocillo de arroz integral o espagueti integral

1 papa mediana cocida

¼ plátano cocido

1 pan integral blando

4 galletas integrales sin azúcar

1 arepa sin sal

3 cucharadas de avena cocida

Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas comerciales, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.

Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.

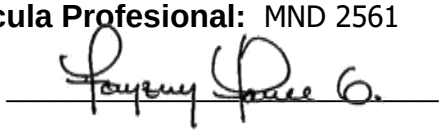
Evite frituras, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.

Utilice aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

Prefiera preparaciones suaves: cocidos, hervidos, al vapor, al horno sin grasa añadida.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: ZAMBRANO PERDOMO ROSA MARIA
Tipo y número de documento de identidad: CC 26531145
Género: F
Fecha Nacimiento: 19/08/1925
Edad: 101 AÑOS
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria ZAMBRANO PERDOMO ROSA MARIA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** No
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No refiere
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** SI, ensure avance 1 vez al día.

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 53 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,47 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 24,5 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: ZAMBRANO PERDOMO ROSA MARIA, adulta mayor de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, CATARATA GONOARTROSIS, PSEUDOOBSTRUCCIÓN INTESTINAL, HEMI COLECTOMÍA, HISTERECTOMÍA, DEMENCIA SENIL, sus medidas antropométricas son: Peso: 53 kg y Talla 1,47 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, no masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Normocalórica rica en fibra
- Seguimiento Nutricional mensual

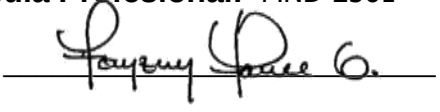
RECOMENDACIONES:

• Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía y digestión estable.
• Limite el consumo de sal a una cucharadita al día en todas las preparaciones.
• Incremente el consumo de frutas cocidas o blandas, entre 3 y 5 porciones al día (manzana

cocida, papaya, banano maduro, compotas sin azúcar).
• Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día (zanahoria, auyama, calabacín). Evite espinaca, acelga y apio por su efecto laxante o irritante.
• Consuma 2 a 3 porciones de lácteos al día como leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.
• Incluya 3 porciones de proteína animal al día, como:
o 150 g de carne magra
o 200 g de pollo sin piel
o 150 g de pescado cocido
o 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite el consumo de vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, enlatados y mariscos.
• Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.
• Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, como:
o 1 pocillo de arroz blanco o espagueti
o 1 papa mediana
o ¼ plátano cocido
o 1 pan integral blando
o 4 galletas integrales sin azúcar
o 1 arepa mediana
o 3 cucharadas de avena cocida
• Evite el consumo de gaseosas, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
• Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
• Evite fritos, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
• Puede usar aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: VICTORIA JESUS ANTONIO
Tipo y número de documento de identidad: CC 1075325847
Género: M
Fecha Nacimiento: 1/01/1933
Edad: 93 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuario VICTORIA JESUS ANTONIO con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 53,1 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,53 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 22,7 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: VICTORIA JESUS ANTONIO, adulto mayor de 93 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, HTA, ANTECEDENTE DE CIRUGÍA DE CATARATA OJO IZQUIERDO, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 53,1 kg y Talla 1,53 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Normocalórica, Hiposódica
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Fraccione la alimentación en 5 a 6 tiempos al día, con porciones pequeñas y preparaciones suaves.

Mantenga un aporte calórico normocalórico, equilibrando proteínas, carbohidratos y grasas saludables.

Limite el consumo de sal en todas las preparaciones, evitando alimentos altos en sodio como embutidos, enlatados, salsas comerciales, caldos concentrados y productos ultraprocesados.

Prefiera métodos de cocción suaves: hervido, al vapor, al horno sin grasa añadida.

Consuma 2 porciones de proteína animal al día:

100–150 g de carne magra cocida sin sal ni condimentos fuertes.

150–200 g de pollo sin piel cocido.

150 g de pescado cocido.

1 huevo tibio al día (máximo 3 veces por semana).

Incluya 1 a 2 porciones de lácteos bajos en grasa y sin azúcar: leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa y bajo en sal.

Consuma leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 2–3 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas, fáciles de digerir, como manzana cocida, papaya, guayaba, pera, melón o granadilla. Evite frutas en almíbar o con alto contenido de azúcar añadido.

Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día: zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.

Evite verduras flatulentas o irritantes como cebolla cruda, coles, pimentón, ajo, apio y acelga cruda.

Consuma 1 porción de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de

fibra: arroz integral, espagueti integral, papa cocida, plátano maduro, pan integral blando, arepa de maíz, avena cocida.

Utilice aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya) en mínima cantidad, preferiblemente en crudo.

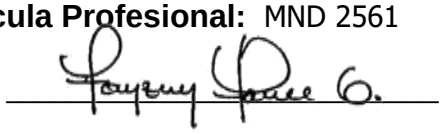
Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, productos de paquete, frituras, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Aumente la ingesta de líquidos a 6–8 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas; se permiten infusiones suaves como manzanilla o hinojo.

Mastique bien los alimentos y evite temperaturas extremas para facilitar la digestión.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: TRUJILLO CAICEDO MODESTA
Tipo y número de documento de identidad: CC 26465009
Género: F
Fecha Nacimiento: 24/06/1938
Edad: 88 Años
EPS y Régimen: FAMISANAR EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria TRUJILLO CAICEDO MODESTA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No refiere
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No.

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 45 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,57 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 18,3 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: TRUJILLO CAICEDO MODESTA, adulta mayor de 88 años de edad, vinculado al SGSSS FAMISANAR EPS. Presentando como antecedente de salud, ESTREÑIMIENTO, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 45 kg y Talla 1,57 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Hiperproteica, Hipercalórica y Rica en Fibra
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Fraccione la alimentación en 6 a 8 comidas al día: 3 comidas principales y 3–5 meriendas nutritivas.

Aumente el consumo de proteínas de alto valor biológico, incluyendo:

150–200 g de carne magra cocida

200–250 g de pollo sin piel cocido

150–200 g de pescado cocido

2 huevos tibios al día (máximo 5 veces por semana)

1 pocillo de leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 4–5 veces por semana

2–3 porciones de lácteos al día: leche entera, yogur natural, cuajada, queso campesino bajo en sal

Enriquezca las preparaciones con fuentes proteicas adicionales: leche en polvo, clara de huevo cocida, queso rallado bajo en sal, harina de leguminosas, crema de arroz, avena fortificada.

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas, con alto contenido de fibra soluble (papaya, guayaba, manzana cocida, pera, banano maduro).

Consuma 2 a 3 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.

Consuma 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:

Arroz integral, espagueti integral, papa cocida, plátano maduro, pan integral, arepa de maíz, avena cocida

Incluya fuentes de grasa saludable en cada comida:

Aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya)

Aguacate, semillas (chía, linaza), frutos secos (maní, nueces, almendras)

Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, productos de paquete, embutidos, frituras, salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Aumente la ingesta de líquidos a 6–8 vasos de agua al día, incluyendo caldos naturales, infusiones suaves y jugos sin azúcar.

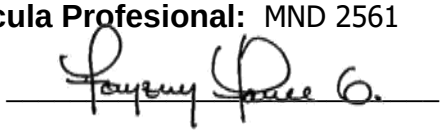
Prefiera preparaciones suaves: cocidos, hervidos, al vapor, al horno sin grasa añadida.

Evite verduras irritantes o flatulentas como cebolla cruda, coles, pimentón, ajo, apio y acelga cruda.

Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: VELASQUEZ JESUS MARIA
Tipo y número de documento de identidad: CC 4927147
Género: M
Fecha Nacimiento: 19/02/1936
Edad: 90 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuario VELASQUEZ JESUS MARIA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 56,7 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,58 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 22,7 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: VELASQUEZ JESUS MARIA, adulto mayor de 90 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, AMAUROSIS BILATERAL, GASTRITIS CRÓNICA, HIPERPLASIA DE PRÓSTATA, INFECCIÓN RESPIRATORIA, sus medidas antropométricas son: Peso: 56,7 kg y Talla 1,58 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Normocalórica rica en fibra y libre de irritantes
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Recomendaciones generales – Dieta blanda normocalórica, rica en fibra y libre de irritantes Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía estable y favorecer la digestión.

Limite el consumo de sal a una cucharadita (5 g) al día en todas las preparaciones.

Evite el uso de condimentos irritantes como ajo, cebolla cruda, pimentón, ají, vinagre, salsas comerciales, encurtidos, caldos concentrados y alimentos ultraprocesados.

Incremente el consumo de frutas blandas y cocidas, entre 3 y 5 porciones al día, priorizando aquellas con alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, papaya, guayaba, pera).

Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, calabacín, espinaca cocida, habichuela tierna.

Evite verduras flatulentas o irritantes como coles, apio, acelga cruda, cebolla cruda y pimentón.

Incluya 2 a 3 porciones de lácteos bajos en grasa y sin azúcar: leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.

Consuma 3 porciones de proteína animal al día, como:

150 g de carne magra cocida

200 g de pollo sin piel cocido

150 g de pescado cocido

2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite el consumo de vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, mariscos y productos enlatados.

Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.

Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:

1 pocillo de arroz integral o espagueti integral

1 papa mediana cocida

¼ plátano cocido

1 pan integral blando

4 galletas integrales sin azúcar

1 arepa sin sal

3 cucharadas de avena cocida

Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas comerciales, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.

Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.

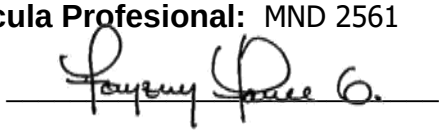
Evite frituras, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.

Utilice aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

Prefiera preparaciones suaves: cocidos, hervidos, al vapor, al horno sin grasa añadida.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: OLAYA OCTAVIO
Tipo y número de documento de identidad: CC 1081160091
Género: M
Fecha Nacimiento: 4/01/1954
Edad: 72 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuario OLAYA OCTAVIO con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 56,8 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,62 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 21,6 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: OLAYA OCTAVIO, adulto mayor de 72 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, NTECEDENTE DE HERNIORRAFIA INGUINAL IZQUIERDA DERMATOMICOSIS, CARCINOMA BASOCELULAR DE VERTIENTE NASAL DERMATÓMICOSIS, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 56,8 kg y Talla 1,62 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Hipocalórica e Hipograsa
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Fraccione la alimentación en 5 a 6 tiempos al día, con porciones pequeñas y preparaciones suaves.

Limite el consumo de grasas totales a menos de 25% del valor calórico diario.

Evite el consumo de grasas saturadas y trans, presentes en:

Mantequilla, margarina, crema de leche, nata

Embutidos, vísceras, costilla, chuleta, queso doble crema

Productos de paquete, frituras, comidas rápidas, pasteles, galletas comerciales

Utilice aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya) en mínima cantidad, solo para cocción.

Prefiera métodos de cocción suaves: hervido, al vapor, al horno sin grasa añadida.

Consuma 2 porciones de proteína animal al día, como:

100–150 g de carne magra cocida

150–200 g de pollo sin piel cocido

150 g de pescado cocido

1 huevo tibio al día (máximo 3 veces por semana)

Incluya 1 a 2 porciones de lácteos bajos en grasa: leche deslactosada, yogur natural sin azúcar, cuajada o queso campesino bajo en grasa.

Consuma leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 2–3 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas, con alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, papaya, guayaba, pera).

Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.

Consuma 1 porción de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:

Arroz integral, espagueti integral, papa cocida, plátano maduro, pan integral blando, arepa de maíz, avena cocida

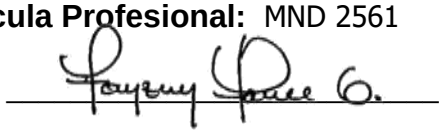
Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, productos de paquete, salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.

Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: VARGAS AMINTA
Tipo y número de documento de identidad: CC 26414289
Género: F
Fecha Nacimiento: 1/07/1937
Edad: 89 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria VARGAS AMINTA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No refiere
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No.

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 61 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,56 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 25,1 m2
- **Clasificación Nutricional:** Sobrepeso

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: VARGAS AMINTA, adulta mayor de 89 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, CX REEMPLAZO DE RODILLA DERECHA, OBESIDAD, OTITIS EXTERNA, HIPERLIPIDEMIA, ARTROSIS, ESTREÑIMIENTO, DEMENCIA SENIL, sus medidas antropométricas son: Peso: 61 kg y Talla 1,56 cm diagnostico nutricional Sobrepeso.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta blanda normocalórica, hipograsa y rica en fibra
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener un aporte energético constante y facilitar la digestión.

Limite el consumo de sal a una cucharadita (5 g) al día en todas las preparaciones.

Reduzca el consumo de grasas saturadas y trans, evitando:

Mantequilla, margarina, crema de leche, nata

Frituras, embutidos, vísceras, costilla, chuleta, queso doble crema

Productos de paquete, comidas rápidas, pasteles, galletas comerciales

Utilice aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

Prefiera métodos de cocción suaves: hervido, al vapor, al horno sin grasa añadida.

Incremente el consumo de frutas blandas y cocidas, entre 3 y 5 porciones al día, priorizando aquellas con alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, papaya, guayaba, pera).

Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, calabacín, espinaca cocida, habichuela tierna.

Evite verduras flatulentas o irritantes como cebolla cruda, coles, pimentón, ajo, apio y acelga cruda.

Incluya 2 a 3 porciones de lácteos bajos en grasa: leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.

Consuma 3 porciones de proteína animal al día, como:

150 g de carne magra cocida

200 g de pollo sin piel cocido

150 g de pescado cocido

2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana

Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.

Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:

1 pocillo de arroz integral o espagueti integral

1 papa mediana cocida

¼ plátano cocido

1 pan integral blando

4 galletas integrales sin azúcar

1 arepa sin sal

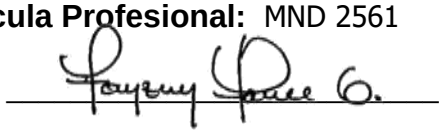
3 cucharadas de avena cocida

Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, chocolate, productos de paquete, salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: QUIÑONES MALES MARIA ENERIA
Tipo y número de documento de identidad: CC 26563409
Género: F
Fecha Nacimiento: 17/02/1947
Edad: 78 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria QUIÑONES MALES MARIA ENERIA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No refiere
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No.

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 33,7 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,37 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 18,0 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: QUIÑONES MALES MARIA ENERIA, adulta mayor de 78 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, ENFERMEDAD DE PARKINSON, DERMATÓMICOSIS, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 33,7 kg y Talla 1,37 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Hipercalórica e Hiperproteica
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Fraccione la alimentación en 6 a 8 comidas al día: 3 comidas principales y 3–5 meriendas nutritivas.

Aumente el consumo de proteínas de alto valor biológico, incluyendo:

150–200 g de carne magra cocida

200–250 g de pollo sin piel cocido

150–200 g de pescado cocido

2 huevos tibios al día (máximo 5 veces por semana)

1 pocillo de leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 4–5 veces por semana

2–3 porciones de lácteos al día: leche entera, yogur natural, cuajada, queso campesino bajo en sal

Enriquezca las preparaciones con fuentes proteicas adicionales: leche en polvo, clara de huevo cocida, queso rallado bajo en sal, harina de leguminosas, crema de arroz, avena fortificada.

Consuma 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente blandas y con buen aporte energético:

Arroz blanco o integral, espagueti cocido, papa cocida, plátano maduro, pan integral blando, arepa de maíz, avena cocida

Incluya fuentes de grasa saludable en cada comida:

Aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya)

Aguacate, semillas (chía, linaza), frutos secos (maní, nueces, almendras)

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas (papaya, guayaba, manzana cocida, pera, banano maduro).

Consuma 2 a 3 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.

Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, productos de paquete, embutidos, frituras, salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Aumente la ingesta de líquidos a 6–8 vasos de agua al día, incluyendo caldos naturales,

infusiones suaves y jugos sin azúcar.

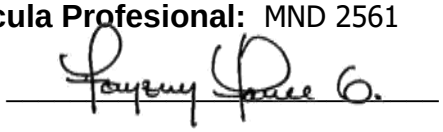
Prefiera preparaciones suaves: cocidos, hervidos, al vapor, al horno sin grasa añadida.

Evite verduras irritantes o flatulentas como cebolla cruda, coles, pimentón, ajo, apio y acelga cruda.

Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: SUNS CUCHIMBA ISABEL
Tipo y número de documento de identidad: CC 26474175
Género: F
Fecha Nacimiento: 7/06/1933
Edad: 93 Años
EPS y Régimen: FAMISANAR EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria SUNS CUCHIMBA ISABEL con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No refiere
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No.

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 54,4 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,48 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 24,8 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: SUNS CUCHIMBA ISABEL, adulta mayor de 93 años de edad, vinculado al SGSSS FAMISANAR EPS. Presentando como antecedente de salud, HTA, OBESIDAD, HIPOTIROIDISMO, INSUFICIENCIA CARDIACA, IVU A REPETICIÓN, COLETIASIS, NEUMONÍA, ESTREÑIMIENTO, DEMENCIA SENIL, sus medidas antropométricas son: Peso: 54,4 kg y Talla 1,48 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Normocalórica, Hiposódica y Rica en Fibra
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

• Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener un aporte energético constante y facilitar la digestión.
• Limite el consumo de sal a una cucharadita (5 g) al día en todas las preparaciones.
• Evite el uso de caldos concentrados, cubos de sabor, embutidos, enlatados, quesos salados, encurtidos y alimentos ultraprocesados.
• Incremente el consumo de frutas blandas y cocidas, entre 3 y 5 porciones al día,

priorizando aquellas con alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, papaya, guayaba, pera).
• Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, calabacín, espinaca cocida.
• Incluya 2 a 3 porciones de lácteos bajos en grasa y sin sal añadida: leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en sodio.
• Consuma 3 porciones de proteína animal al día, como:
o 150 g de carne magra cocida
o 200 g de pollo sin piel cocido
o 150 g de pescado cocido
o 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite el consumo de vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, mariscos y productos enlatados.
• Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin sal añadida.
• Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:
o 1 pocillo de arroz integral o espagueti integral
o 1 papa mediana cocida
o ¼ plátano cocido
o 1 pan integral blando
o 4 galletas integrales sin azúcar
o 1 arepa sin sal
o 3 cucharadas de avena cocida
• Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas comerciales, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
• Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
• Evite frituras, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
• Utilice aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma

Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: MORENO LUCILA
Tipo y número de documento de identidad: CC 37080578
Género: F
Fecha Nacimiento: 16/01/1931
Edad: 95 Años
EPS y Régimen: FAMISANAR EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria MORENO LUCILA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** No
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** si, arroz con pollo
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** SI, ensure avance 1 vez al día.

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 28,5 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,53 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 12,2 m2
- **Clasificación Nutricional:** Delgadez

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: MORENO LUCILA, adulta mayor de 95 años de edad, vinculado al SGSSS FAMISANAR EPS. Presentando como antecedente de salud, ARTRITIS REUMATOIDEA, NEUMAPATÍA, NEUMONÍA, HTA, ESTREÑIMIENTO DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 28,5 kg y Talla 1,53 cm diagnostico nutricional Delgadez.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, si manifiesta rechazo por alimentos, arroz con pollo, no masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta hipercalórica, hiperproteica, hiposódica y rica en fibra
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Fraccione la alimentación en 6 a 8 tiempos al día: 3 comidas principales y 3–5 meriendas densas en energía y proteína.

Aumente el consumo de proteínas de alto valor biológico, incluyendo:

150–200 g de carne magra cocida sin sal añadida

200–250 g de pollo sin piel cocido

150–200 g de pescado cocido (preferiblemente fresco, no enlatado)

2 huevos tibios al día (máximo 5 veces por semana)

1 pocillo de leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 4–5 veces por semana

2–3 porciones de lácteos al día: leche entera o deslactosada, yogur natural, cuajada, queso campesino bajo en sodio

Enriquezca las preparaciones con fuentes proteicas adicionales: leche en polvo, clara de huevo cocida, queso rallado bajo en sal, harina de leguminosas, avena fortificada.

Limite el consumo de sal a una cucharadita (5 g) al día en todas las preparaciones.

Evite el uso de caldos concentrados, cubos de sabor, embutidos, enlatados, quesos salados, encurtidos y alimentos ultraprocesados.

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas, con alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, guayaba, papaya, pera, banano maduro).

Consuma 2 a 3 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.

Consuma 2 porciones de harinas por comida, priorizando fuentes con alto contenido de fibra:

Arroz integral, espagueti integral, papa cocida, plátano maduro, pan integral, arepa de maíz, avena cocida

Incluya fuentes de grasa saludable en cada comida:

Aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya)

Aguacate, semillas (chía, linaza), frutos secos (maní, nueces, almendras)

Prefiera preparaciones suaves: cocidos, hervidos, al vapor, al horno sin grasa añadida.

Aumente la ingesta de líquidos a 6–8 vasos de agua al día, incluyendo caldos naturales sin sal,

infusiones suaves y jugos sin azúcar.

Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

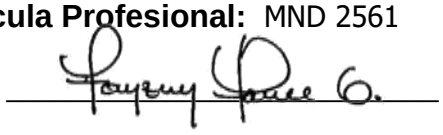
RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS:

Usuaria se encuentra en riesgo nutricional, requiere apoyar la alimentación con una nutrición especializada evitando aumentar riesgo de complicaciones metabólicas y riesgo de morbimortalidad.

Se recomienda complementar alimentación con dos tomas de alimento líquido, polimérico, hiperproteico, a base de carbohidratos, lípidos, vitaminas, minerales y HMB (ensure® advance botella liquida por 237 c,c) 2 veces/día por vía oral.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: SANCHEZ TOVAR GERMAN
Tipo y número de documento de identidad: CC 4902363
Género: M
Fecha Nacimiento: 8/07/1935
Edad: 91 Años
EPS y Régimen: FAMISANAR SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuario SANCHEZ TOVAR GERMAN con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 44,3 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,57 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 18 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: SANCHEZ TOVAR GERMAN, adulto mayor de 91 años de edad, vinculado al SGSSS FAMISANAR EPS. Presentando como antecedente de salud, HIPOTIROIDISMO, ANTECEDENTES DE CIRUGÍA DE CATARATAAMAUROSIS BILATERAL, DEMENSIAS SENIL, sus medidas antropométricas son: Peso: 44,3 kg y Talla 1,57 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Hipercalórica e Hiperproteica
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

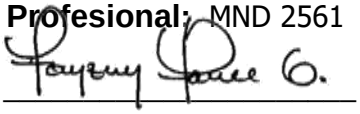
Fraccione la alimentación en 6 a 8 comidas al día: 3 comidas principales y 3–5 meriendas nutritivas.
Aumente el consumo de proteínas de alto valor biológico, incluyendo:
150–200 g de carne magra cocida
200–250 g de pollo sin piel cocido
150–200 g de pescado cocido

2 huevos tibios al día (máximo 5 veces por semana)
1 pocillo de leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 4–5 veces por semana
2–3 porciones de lácteos al día: leche entera, yogur natural, cuajada, queso campesino bajo en sal
Enriquezca las preparaciones con fuentes proteicas adicionales: leche en polvo, clara de huevo cocida, queso rallado bajo en sal, harina de leguminosas, crema de arroz, avena fortificada.
Consuma 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente blandas y con buen aporte energético:

Arroz blanco o integral, espagueti cocido, papa cocida, plátano maduro, pan integral blando, arepa de maíz, avena cocida
Incluya fuentes de grasa saludable en cada comida:
Aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya)
Aguacate, semillas (chía, linaza), frutos secos (maní, nueces, almendras)
Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas (papaya, guayaba, manzana cocida, pera, banano maduro).
Consuma 2 a 3 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.
Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, productos de paquete, embutidos, frituras, salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.
Aumente la ingesta de líquidos a 6–8 vasos de agua al día, incluyendo caldos naturales, infusiones suaves y jugos sin azúcar.
Prefiera preparaciones suaves: cocidos, hervidos, al vapor, al horno sin grasa añadida.
Evite verduras irritantes o flatulentas como cebolla cruda, coles, pimentón, ajo, apio y acelga cruda.
Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: CAICEDO CARMEN ROSA
Tipo y número de documento de identidad: CC 27502103
Género: F
Fecha Nacimiento: 1/11/1940
Edad: 85 Años
EPS y Régimen: FAMISANAR SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria CAICEDO CARMEN ROSA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 42 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,55 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 17,5 m2
- **Clasificación Nutricional:** Delgadez

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: CAICEDO CARMEN ROSA, adulta mayor de 85 años de edad, vinculado al SGSSS FAMISANAR EPS. Presentando como antecedente de salud, HIPOTIROIDISMO, ESQUIZOFRENIA, FX DE MALEOLO IZQUIERDO, REDUCCIÓN QX, sus medidas antropométricas son: Peso: 42 kg y Talla 1,55 cm diagnostico nutricional Delgadez.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Hipocalórica e Hipograsa
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Fraccione la alimentación en 5 a 6 tiempos al día, con porciones pequeñas y preparaciones suaves.

Limite el consumo de grasas totales a menos de 25% del valor calórico diario.

Evite el consumo de grasas saturadas y trans, presentes en:

Mantequilla, margarina, crema de leche, nata

Embutidos, vísceras, costilla, chuleta, queso doble crema

Productos de paquete, frituras, comidas rápidas, pasteles, galletas comerciales

Utilice aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya) en mínima cantidad, solo para cocción.

Prefiera métodos de cocción suaves: hervido, al vapor, al horno sin grasa añadida.

Consuma 2 porciones de proteína animal al día, como:

100–150 g de carne magra cocida

150–200 g de pollo sin piel cocido

150 g de pescado cocido

1 huevo tibio al día (máximo 3 veces por semana)

Incluya 1 a 2 porciones de lácteos bajos en grasa: leche deslactosada, yogur natural sin azúcar, cuajada o queso campesino bajo en grasa.

Consuma leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 2–3 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas, con alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, papaya, guayaba, pera).

Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.

Consuma 1 porción de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de

fibra:

Arroz integral, espagueti integral, papa cocida, plátano maduro, pan integral blando, arepa de maíz, avena cocida

Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, productos de paquete, salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.

Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS:

Usuaria se encuentra en riesgo nutricional, requiere apoyar la alimentación con una nutrición especializada evitando aumentar riesgo de complicaciones metabólicas y riesgo de morbimortalidad,

Se recomienda complementar alimentación con dos tomas de alimento líquido, polimérico, hiperproteico, a base de carbohidratos, lípidos, vitaminas, minerales y HMB (ensure® advance botella liquida por 237 c,c,) 2 veces/día por vía oral,

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma_____

Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: SANCHEZ ROSERO NELCY
Tipo y número de documento de identidad: CC 55057860
Género: F
Fecha Nacimiento: 10/05/1962
Edad: 64 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria SANCHEZ ROSERO NELCY con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No refiere
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No.

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 50,9 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,54 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 21,5 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: SANCHEZ ROSERO NELCY, adulta mayor de 64 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE HÚMERO IZQUIERDO, FIJACIÓN INTERNA, TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 50,9 kg y Talla 1,54 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda normocalórica
- Seguimiento Nutricional mensual

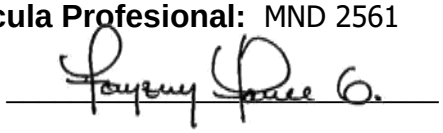
RECOMENDACIONES:

• Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía y digestión estable.
• Limite el consumo de sal a una cucharadita al día en todas las preparaciones.

• Incremente el consumo de frutas cocidas o blandas, entre 3 y 5 porciones al día (manzana cocida, papaya, banano maduro, compotas sin azúcar).
• Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día (zanahoria, auyama, calabacín). Evite espinaca, acelga y apio por su efecto laxante o irritante.
• Consuma 2 a 3 porciones de lácteos al día como leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.
• Incluya 3 porciones de proteína animal al día, como:
o 150 g de carne magra
o 200 g de pollo sin piel
o 150 g de pescado cocido
o 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite el consumo de vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, enlatados y mariscos.
• Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.
• Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, como:
o 1 pocillo de arroz blanco o espagueti
o 1 papa mediana
o ¼ plátano cocido
o 1 pan integral blando
o 4 galletas integrales sin azúcar
o 1 arepa mediana
o 3 cucharadas de avena cocida
• Evite el consumo de gaseosas, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
• Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
• Evite fritos, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
• Puede usar aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: SAAVEDRA LOSADA MARLENY
Tipo y número de documento de identidad: CC 1075325777
Género: F
Fecha Nacimiento: 1/01/1957
Edad: 69 Años
EPS y Régimen: FAMISANAR EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria SAVEDRA LOSADA MARLENY con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No refiere
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No.

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 41,7 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,46 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 19,6 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: SAVEDRA LOSADA MARLENY, adulta mayor de 69 años de edad, vinculado al SGSSS FAMISANAR EPS. Presentando como antecedente de salud, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 41,7 kg y Talla 1,46 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda normocalórica
- Seguimiento Nutricional mensual

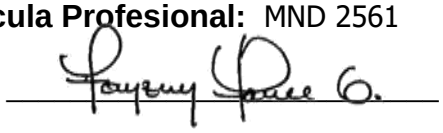
RECOMENDACIONES:

• Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía y digestión estable.
• Limite el consumo de sal a una cucharadita al día en todas las preparaciones.
• Incremente el consumo de frutas cocidas o blandas, entre 3 y 5 porciones al día (manzana

cocida, papaya, banano maduro, compotas sin azúcar).
• Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día (zanahoria, auyama, calabacín). Evite espinaca, acelga y apio por su efecto laxante o irritante.
• Consuma 2 a 3 porciones de lácteos al día como leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.
• Incluya 3 porciones de proteína animal al día, como:
o 150 g de carne magra
o 200 g de pollo sin piel
o 150 g de pescado cocido
o 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite el consumo de vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, enlatados y mariscos.
• Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.
• Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, como:
o 1 pocillo de arroz blanco o espagueti
o 1 papa mediana
o ¼ plátano cocido
o 1 pan integral blando
o 4 galletas integrales sin azúcar
o 1 arepa mediana
o 3 cucharadas de avena cocida
• Evite el consumo de gaseosas, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
• Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
• Evite fritos, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
• Puede usar aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: RIVERA JOSE EUSTACIO
Tipo y número de documento de identidad: CC 1075325794
Género: M
Fecha Nacimiento: 1/01/1954
Edad: 72 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuario RIVERA JOSE EUSTACIO con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 40,8 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,30 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 24,1 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: RIVERA JOSE EUSTACIO, adulto mayor de 72 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, HIPOTIROIDISMO, ANTECEDENTES DE CIRUGÍA DE CATARATA, HERNIORRAFIA INGUINO ESCROTAL DERECHA, DISPEPSIA, EPOC, CIFOESCOLIOSIS LUMBAR, DERMATÓMICOSIS, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 40,8 kg y Talla 1,30 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Normocalórica, Hiperproteica y Sin Irritantes
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

• Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener un aporte energético constante y favorecer la recuperación muscular.
• Aumente el consumo de proteínas de alto valor biológico, incluyendo:
o 150 g de carne magra cocida
o 200 g de pollo sin piel cocido

o 150 g de pescado cocido
o 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana
o 1 pocillo de leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 3–4 veces por semana
o 1 porción de lácteos bajos en grasa (leche deslactosada, yogur natural, cuajada, queso campesino bajo en grasa) 2–3 veces al día
• Evite el consumo de embutidos, vísceras, costilla, chuleta, queso doble crema, mariscos, enlatados y productos ultraprocesados.
• Mantenga una ingesta adecuada de frutas blandas y cocidas, entre 3 y 5 porciones al día, priorizando aquellas con bajo índice glucémico y alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, papaya, guayaba, pera).
• Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, calabacín, espinaca cocida.
• Evite verduras irritantes o flatulentas como cebolla cruda, coles, pimentón, ajo, apio y acelga cruda.
• Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:
o 1 pocillo de arroz integral o espagueti integral
o 1 papa mediana cocida
o ¼ plátano cocido
o 1 pan integral blando
o 4 galletas integrales sin azúcar
o 1 arepa sin sal
o 3 cucharadas de avena cocida
• Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas comerciales, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
• Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
• Evite frituras, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
• Utilice aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.
• Prefiera preparaciones suaves: cocidos, hervidos, al vapor, al horno sin grasa añadida.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma

Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: CLAVER ROSA MARIA
Tipo y número de documento de identidad: CC 1075325788
Género: F
Fecha Nacimiento: 1/01/1949
Edad: 77 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria CLAVER ROSA MARIA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 46,7 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,35 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 25,6 m2
- **Clasificación Nutricional:** Sobrepeso

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: CLAVER ROSA MARIA, adulta mayor de 77 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, EPILEPSIA, OSTEOSÍNTESIS DE FÉMUR IZQUIERDO, DISCAPACIDAD AUDITIVA, SÍNCOPE, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 46,7 kg y Talla 1,35 cm diagnostico nutricional Sobrepeso.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta blanda hipocalórica e hipoglucídica
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Fraccione la alimentación en 5 a 6 tiempos al día, con porciones pequeñas y preparaciones suaves.

Limite el consumo calórico total, priorizando alimentos con alta densidad nutricional y bajo aporte

energético.

Reduzca el consumo de azúcares simples y carbohidratos refinados:

Evite azúcar blanca, panela, miel, jugos azucarados, gaseosas, postres, pan blanco, galletas comerciales, pasteles y productos de paquete.

Consuma 1 porción de harinas por comida, priorizando fuentes con bajo índice glucémico y alto contenido de fibra:

Arroz integral, avena cocida, papa cocida, plátano maduro, pan integral blando, arepa de maíz

Aumente el consumo de proteínas magras, incluyendo:

100–150 g de carne magra cocida

150–200 g de pollo sin piel cocido

150 g de pescado cocido

1 huevo tibio al día (máximo 3 veces por semana)

1 pocillo de leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 2–3 veces por semana

Incluya 1 a 2 porciones de lácteos bajos en grasa y sin azúcar: leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas, con bajo índice glucémico y alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, guayaba, papaya, pera).

Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.

Evite verduras flatulentas o irritantes como cebolla cruda, coles, pimentón, ajo, apio y acelga cruda.

Utilice aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya) en mínima cantidad, solo para cocción.

Prefiera métodos de cocción suaves: hervido, al vapor, al horno sin grasa añadida.

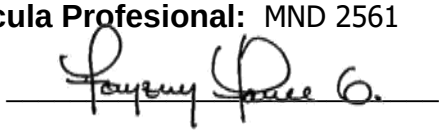
Evite el consumo de embutidos, frituras, salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Aumente la ingesta de líquidos a 6–8 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.

Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: QUINTERO MARIA
Tipo y número de documento de identidad: CC 1075325793
Género: F
Fecha Nacimiento: 1/01/1940
Edad: 86 Años
EPS y Régimen: SANITAS EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria QUINTERO MARIA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No refiere
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No.

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 57 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,55 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 23,7 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: QUINTERO MARIA, adulta mayor de 86 años de edad, vinculado al SGSSS SANITAS EPS. Presentando como antecedente de salud, GASTRITIS CRÓNICA, ESTREÑIMIENTO, DERMATÓMICOSIS, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 57 kg y Talla 1,55 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda hipercalorica, hiperproteica rica en fibra y libre de irritantes
- Seguimiento Nutricional mensual

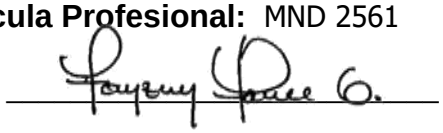
RECOMENDACIONES:

Fraccione la alimentación en 6 a 8 comidas al día: 3 comidas principales y 3–5 meriendas nutritivas.
Evite el uso de condimentos irritantes como ajo, cebolla cruda, pimentón, ají, vinagre, salsas comerciales, encurtidos, caldos concentrados y alimentos ultraprocesados.

Incremente el consumo de frutas blandas y cocidas, entre 3 y 5 porciones al día, priorizando aquellas con alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, papaya, guayaba, pera).
Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, calabacín, espinaca cocida, habichuela tierna.
Evite verduras flatulentas o irritantes como coles, apio, acelga cruda, cebolla cruda y pimentón.
Aumente el consumo de proteínas de alto valor biológico, incluyendo:
150–200 g de carne magra cocida
200–250 g de pollo sin piel cocido
150–200 g de pescado cocido
2 huevos tibios al día (máximo 5 veces por semana)
1 pocillo de leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 4–5 veces por semana, bien cocidas y sin condimentos fuertes.
2–3 porciones de lácteos al día: leche entera, yogur natural, cuajada, queso campesino bajo en sal
Enriquezca las preparaciones con fuentes proteicas adicionales: leche en polvo, clara de huevo cocida, queso rallado bajo en sal, harina de leguminosas, crema de arroz, avena fortificada.
Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas, con alto contenido de fibra soluble (papaya, guayaba, manzana cocida, pera, banano maduro).
Consuma 2 a 3 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.
Consuma 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:
Arroz integral, espagueti integral, papa cocida, plátano maduro, pan integral, arepa de maíz, avena cocida
Incluya fuentes de grasa saludable en cada comida:
Aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya)
Aguacate, semillas (chía, linaza), frutos secos (maní, nueces, almendras)
Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, productos de paquete, embutidos, frituras, salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.
Aumente la ingesta de líquidos a 6–8 vasos de agua al día, incluyendo caldos naturales, infusiones suaves y jugos sin azúcar.
Prefiera preparaciones suaves: cocidos, hervidos, al vapor, al horno sin grasa añadida.
Evite verduras irritantes o flatulentas como cebolla cruda, coles, pimentón, ajo, apio y acelga cruda.
Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: ANDRADE ARACELLY
Tipo y número de documento de identidad: CC 26515641
Género: F
Fecha Nacimiento: 3/05/1935
Edad: 91 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria ANDRADE ARACELLY con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 36,2 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,50 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 16,1 m2
- **Clasificación Nutricional:** Delgadez

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: ANDRADE ARACELLY, adulta mayor de 91 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, EPILEPSIA, DISCAPACIDAD AUDITIVA, OSTEOPOROSIS, SÍNDROME DE MIELODISPLÁSICO, OSTEOSÍNTESIS DE CADERA IZQUIERDA, TBC, CONSTIPACIÓN, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 36,2 kg y Talla 1,50 cm diagnostico nutricional Delgadez.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta hipercalórica, hiperproteica, hipoglucídica y rica en fibra
- Seguimiento Nutricional mensual

Recomendaciones:

Fraccione la alimentación en 6 a 8 tiempos al día: 3 comidas principales y 3–5 meriendas densas en energía y proteína.

Aumente el consumo de proteínas de alto valor biológico, incluyendo:

150–200 g de carne magra cocida

200–250 g de pollo sin piel cocido

150–200 g de pescado cocido

2 huevos tibios al día (máximo 5 veces por semana)

1 pocillo de leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 4–5 veces por semana

2–3 porciones de lácteos al día: leche entera, yogur natural, cuajada, queso campesino bajo en sal

Enriquezca las preparaciones con fuentes proteicas adicionales: leche en polvo, clara de huevo cocida, queso rallado bajo en sal, harina de leguminosas, avena fortificada.

Limite el consumo de azúcares simples y harinas refinadas: evite azúcar blanca, panela, miel, jugos azucarados, pan blanco, galletas comerciales, pasteles y productos de paquete.

Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, priorizando fuentes con bajo índice glucémico y alto contenido de fibra:

Arroz integral, espagueti integral, avena cocida, papa cocida, plátano maduro, pan integral blando, arepa de maíz

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas, con bajo índice glucémico y alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, guayaba, papaya, pera).

Consuma 2 a 3 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.

Incluya fuentes de grasa saludable en cada comida:

Aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya)

Aguacate, semillas (chía, linaza), frutos secos (maní, nueces, almendras)

Prefiera preparaciones suaves: cocidos, hervidos, al vapor, al horno sin grasa añadida.

Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, productos de paquete, embutidos, frituras, salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Aumente la ingesta de líquidos a 6–8 vasos de agua al día, incluyendo caldos naturales, infusiones suaves y jugos sin azúcar.

Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

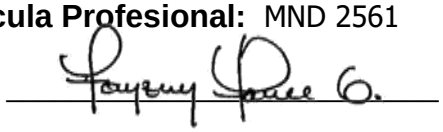
RECOMENDACIONES ESPECIFICAS:

En riesgo nutricional, requiere apoyar la alimentación con una nutrición especializada evitando aumentar riesgo de complicaciones metabólicas y riesgo de morbimortalidad,

Se recomienda complementar alimentación con dos tomas de alimento líquido, polimérico, hiperproteico, a base de carbohidratos, lípidos, vitaminas, minerales y HMB (ensure® advance botella liquida por 237 c,c,) 2 veces/día por vía oral,

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: LEMOS JAVIER
Tipo y número de documento de identidad: CC 16545576
Género: M
Fecha Nacimiento: 29/09/1955
Edad: 71 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuario LEMOS JAVIER con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 56 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,47 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 25,9 m2
- **Clasificación Nutricional:** Sobrepeso

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: LEMOS JAVIER, adulto mayor de 71 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, EPILEPSIA, ENFERMEDAD DE PARKINSON, AMPUTACION MID, ESTREÑIMIENTO, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 56 kg y Talla 1,47 cm diagnostico nutricional Sobrepeso.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda normocalórica Hipoglucídica Rica en Fibra
- Seguimiento Nutricional mensual

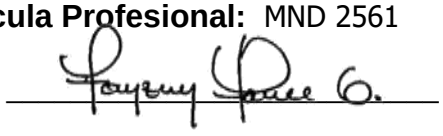
RECOMENDACIONES:

• Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía y digestión estable.
• Limite el consumo de sal a una cucharadita al día en todas las preparaciones.
• Incremente el consumo de frutas cocidas o blandas, entre 3 y 5 porciones al día (manzana cocida, papaya, banano maduro, compotas sin azúcar).
• Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día (zanahoria, auyama, calabacín). Evite espinaca, acelga y apio por su efecto laxante o irritante.
• Consuma 2 a 3 porciones de lácteos al día como leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.
• Incluya 3 porciones de proteína animal al día, como:
o 150 g de carne magra
o 200 g de pollo sin piel
o 150 g de pescado cocido
o 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite el consumo de vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, enlatados y mariscos.
• Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.
• Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, como:
o 1 pocillo de arroz blanco o espagueti
o 1 papa mediana
o ¼ plátano cocido
o 1 pan integral blando
o 4 galletas integrales sin azúcar
o 1 arepa mediana
o 3 cucharadas de avena cocida
• Evite el consumo de gaseosas, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
• Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
• Evite fritos, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
• Puede usar aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.
Recomendaciones generales – Dieta blanda normocalórica, hipoglucídica y rica en fibra
• Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía y digestión estable.
• Limite el consumo de sal a una cucharadita al día en todas las preparaciones.
• Evite azúcares simples como azúcar blanca, panela, miel, dulces, postres, gaseosas, jugos azucarados y productos de panadería refinada.
• Incremente el consumo de frutas blandas y cocidas, entre 3 y 5 porciones al día, priorizando aquellas con bajo índice glucémico (manzana cocida, pera, guayaba, papaya).
• Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, calabacín, espinaca cocida. Prefiera las de alto contenido en fibra soluble.
• Consuma 2 a 3 porciones de lácteos bajos en grasa y sin azúcar al día: leche deslactosada, yogur

natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.
• Incluya 3 porciones de proteína animal al día, como:
o 150 g de carne magra
o 200 g de pollo sin piel
o 150 g de pescado cocido
o 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana
• Limite vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, enlatados y mariscos.
• Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.
• Consuma 1 porción de harinas por comida, preferiblemente integrales o con bajo índice glucémico:
• 1 pocillo de arroz integral o espagueti integral
• 1 papa mediana
• ¼ plátano cocido
• 1 pan integral blando
• 3 cucharadas de avena cocida
• 1 arepa de maíz sin sal
• Evite el consumo de gaseosas, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
• Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
• Evite fritos, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
• Puede usar aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: PEREZ ORTIZ LEONARDO
Tipo y número de documento de identidad: CC 12267552
Género: M
Fecha Nacimiento: 14/09/1948
Edad: 78 Años
EPS y Régimen: FAMISANAR SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuario PEREZ ORTIZ LEONARDO con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 56,1 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,70 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 19,4 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: PEREZ ORTIZ LEONARDO, adulto mayor de 78 años de edad, vinculado al SGSSS FAMISANAR EPS. Presentando como antecedente de salud, HIPOTIROIDISMO, ESTREÑIMIENTO, ESQUIZOFRENIA, sus medidas antropométricas son: Peso: 56,1 kg y Talla 1,70 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Normocalórica rica en fibra
- Seguimiento Nutricional mensual

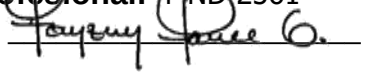
RECOMENDACIONES:

• Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener un aporte energético constante y facilitar la digestión.

• Limite el consumo de sal a una cucharadita (5 g) al día en todas las preparaciones.
• Evite el uso de caldos concentrados, cubos de sabor, embutidos, enlatados, quesos salados, encurtidos y alimentos ultraprocesados.
• Incremente el consumo de frutas blandas y cocidas, entre 3 y 5 porciones al día, priorizando aquellas con alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, papaya, guayaba, pera).
• Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, calabacín, espinaca cocida.
• Incluya 2 a 3 porciones de lácteos bajos en grasa y sin sal añadida: leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en sodio.
• Consuma 3 porciones de proteína animal al día, como:
o 150 g de carne magra cocida
o 200 g de pollo sin piel cocido
o 150 g de pescado cocido
o 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite el consumo de vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, mariscos y productos enlatados.
• Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin sal añadida.
• Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:
o 1 pocillo de arroz integral o espagueti integral
o 1 papa mediana cocida
o ¼ plátano cocido
o 1 pan integral blando
o 4 galletas integrales sin azúcar
o 1 arepa sin sal
o 3 cucharadas de avena cocida
• Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas comerciales, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
• Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
• Evite frituras, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
• Utilice aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: LEYTON CALDERON LEONIDE
Tipo y número de documento de identidad: CC 1075325799
Género: F
Fecha Nacimiento: 1/01/1939
Edad: 87 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria LEYTON CALDERON LEONIDE con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No refiere
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 58,4 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,30 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 34,6 m2
- **Clasificación Nutricional:** Obesidad

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: LEYTON CALDERON LEONIDE, adulta mayor de 87 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, OBESIDAD MÓRBIDA, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, HERNIA UMBILICAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 58,4 kg y Talla 1,30 cm diagnostico nutricional Obesidad.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta blanda hipocalórica y hipograsa
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Fraccione la alimentación en 5 a 6 tiempos al día, con porciones pequeñas y preparaciones suaves.

Limite el consumo de grasas totales a menos de 25% del valor calórico diario.

Evite el consumo de grasas saturadas y trans, presentes en:

Mantequilla, margarina, crema de leche, nata

Embutidos, vísceras, costilla, chuleta, queso doble crema

Productos de paquete, frituras, comidas rápidas, pasteles, galletas comerciales

Utilice aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya) en mínima cantidad, solo para cocción.

Prefiera métodos de cocción suaves: hervido, al vapor, al horno sin grasa añadida.

Consuma 2 porciones de proteína animal al día, como:

100–150 g de carne magra cocida

150–200 g de pollo sin piel cocido

150 g de pescado cocido

1 huevo tibio al día (máximo 3 veces por semana)

Incluya 1 a 2 porciones de lácteos bajos en grasa: leche deslactosada, yogur natural sin azúcar, cuajada o queso campesino bajo en grasa.

Consuma leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 2–3 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas, con alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, papaya, guayaba, pera).

Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.

Consuma 1 porción de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:

Arroz integral, espagueti integral, papa cocida, plátano maduro, pan integral blando, arepa de maíz, avena cocida

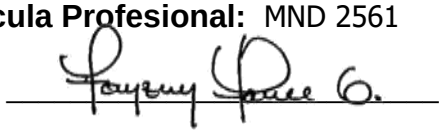
Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, productos de paquete, salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.

Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: PERDOMO JORGE
Tipo y número de documento de identidad: CC 12112604
Género: M
Fecha Nacimiento: 20/05/1955
Edad: 71 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuario PERDOMO JORGE con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 52,9 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,70 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 18,3 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: PERDOMO JORGE, adulto mayor de 71 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, EPILEPSIA FOCAL, INSUFICIENCIA VASCULAR PERIFÉRICA, CATARATA, ESTREÑIMIENTO, DEMENCIA SENIL, sus medidas antropométricas son: Peso: 52,9 kg y Talla 1,70 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda normocalórica Hipoglucídica Rica en Fibra
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

• Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía y digestión estable.
• Limite el consumo de sal a una cucharadita al día en todas las preparaciones.
• Incremente el consumo de frutas cocidas o blandas, entre 3 y 5 porciones al día (manzana

cocida, papaya, banano maduro, compotas sin azúcar).
• Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día (zanahoria, auyama, calabacín). Evite espinaca, acelga y apio por su efecto laxante o irritante.
• Consuma 2 a 3 porciones de lácteos al día como leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.
• Incluya 3 porciones de proteína animal al día, como:
o 150 g de carne magra
o 200 g de pollo sin piel
o 150 g de pescado cocido
o 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite el consumo de vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, enlatados y mariscos.
• Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.
• Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, como:
o 1 pocillo de arroz blanco o espagueti
o 1 papa mediana
o ¼ plátano cocido
o 1 pan integral blando
o 4 galletas integrales sin azúcar
o 1 arepa mediana
o 3 cucharadas de avena cocida
• Evite el consumo de gaseosas, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
• Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
• Evite fritos, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
• Puede usar aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.
Recomendaciones generales – Dieta blanda normocalórica, hipoglucídica y rica en fibra
• Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía y digestión estable.
• Limite el consumo de sal a una cucharadita al día en todas las preparaciones.
• Evite azúcares simples como azúcar blanca, panela, miel, dulces, postres, gaseosas, jugos azucarados y productos de panadería refinada.
• Incremente el consumo de frutas blandas y cocidas, entre 3 y 5 porciones al día, priorizando aquellas con bajo índice glucémico (manzana cocida, pera, guayaba, papaya).
• Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, calabacín, espinaca cocida. Prefiera las de alto contenido en fibra soluble.
• Consuma 2 a 3 porciones de lácteos bajos en grasa y sin azúcar al día: leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.
• Incluya 3 porciones de proteína animal al día, como:

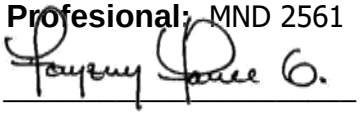
o 150 g de carne magra
o 200 g de pollo sin piel
o 150 g de pescado cocido
o 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana
• Limite vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, enlatados y mariscos.
• Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.
• Consuma 1 porción de harinas por comida, preferiblemente integrales o con bajo índice glucémico:
• 1 pocillo de arroz integral o espagueti integral
• 1 papa mediana
• ¼ plátano cocido
• 1 pan integral blando
• 3 cucharadas de avena cocida
• 1 arepa de maíz sin sal
• Evite el consumo de gaseosas, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
• Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
• Evite fritos, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
• Puede usar aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS:

Usuario se encuentra en riesgo nutricional, requiere apoyar la alimentación con una nutrición especializada evitando aumentar riesgo de complicaciones metabólicas y riesgo de morbimortalidad.
Se recomienda complementar alimentación con dos tomas de alimento líquido, polimérico, hiperproteico, a base de carbohidratos, lípidos, vitaminas, minerales y HMB (ensure® advance botella liquida por 237 c,c) 2 veces/día por vía oral.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: OSPINA ORLANDO
Tipo y número de documento de identidad: CC 12099961
Género: M
Fecha Nacimiento: 7/01/1950
Edad: 76 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuario OSPINA ORLANDO con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 62,5 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,55 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 26,0 m2
- **Clasificación Nutricional:** Sobrepeso

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: OSPINA ORLANDO, adulto mayor de 76 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, ARTROSIS CUELLO DE PIE IZQUIERDO, HPB, ANEMIA CRÓNICA. HIPOACUSIA BILATERAL, HERNIA INGUINAL DERECHA DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 62,5 kg y Talla 1,55 cm diagnostico nutricional Sobrepeso.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Normocalórica rica en fibra
- Seguimiento Nutricional mensual

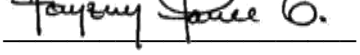
RECOMENDACIONES:

• Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía, digestión estable y tránsito intestinal saludable.

• Limite el consumo de sal a una cucharadita al día en todas las preparaciones.
• Incremente el consumo de frutas blandas y cocidas, entre 3 y 5 porciones al día, priorizando aquellas con alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, guayaba, papaya, pera).
• Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, calabacín, espinaca cocida. Prefiera las de alto contenido en fibra y evite las que puedan causar irritación (como apio crudo o acelga en exceso).
• Consuma 2 a 3 porciones de lácteos bajos en grasa al día: leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.
• Incluya 3 porciones de proteína animal al día, como:
• 150 g de carne magra
• 200 g de pollo sin piel
• 150 g de pescado cocido
• 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, enlatados y mariscos.
• Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.
• Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:
• 1 pocillo de arroz integral o espagueti integral
• 1 papa mediana
• ¼ plátano cocido
• 1 pan integral blando
• 4 galletas integrales sin azúcar
• 1 arepa de maíz sin sal
• 3 cucharadas de avena cocida
• Evite el consumo de gaseosas, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
• Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
• Evite fritos, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
• Puede usar aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: NIEVA ESCOBAR MANUEL MARIA
Tipo y número de documento de identidad: CC 1075325779
Género: M
Fecha Nacimiento: 1/01/1954
Edad: 72 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuario NIEVA ESCOBAR MANUEL con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** SI, Ensure avance 1 vez al día.

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 52,2 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,74 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 17,2 m2
- **Clasificación Nutricional:** Delgadez

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: NIEVA ESCOBAR MANUEL, adulto mayor de 72 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, LEUCEMIA, HIPERPLASIA DE PROSTATA, ANEMIA VOLUMENES BAJOS, NEUMONIA, ESQUIZOFRENIA, sus medidas antropométricas son: Peso: 52,2 kg y Talla 1,74 cm diagnostico nutricional Delgadez.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Hipercalórica, Hiperproteica y Rica en Hierro
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Fraccione la alimentación en 6 a 8 comidas al día: 3 comidas principales y 3–5 meriendas nutritivas.

Aumente el consumo de proteínas de alto valor biológico, incluyendo:

150–200 g de carne magra cocida (res, cerdo sin grasa)

200–250 g de pollo sin piel cocido

150–200 g de pescado cocido (especialmente atún, sardina, bagre)

2 huevos tibios al día (máximo 5 veces por semana)

1 pocillo de leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 4–5 veces por semana

2–3 porciones de lácteos al día: leche entera, yogur natural, cuajada, queso campesino bajo en sal

Enriquezca las preparaciones con fuentes proteicas adicionales: leche en polvo, clara de huevo cocida, queso rallado bajo en sal, harina de leguminosas, avena fortificada.

Incluya alimentos ricos en hierro hemo (de origen animal) y hierro no hemo (de origen vegetal):

Hígado cocido (máximo 1 vez por semana)

Carne roja magra

Leguminosas cocidas

Avena, espinaca cocida, remolacha, auyama

Frutas como guayaba, mora, ciruela, uva negra

Combine alimentos ricos en hierro con fuentes de vitamina C para mejorar su absorción:

Papaya, naranja, mandarina, limón, guayaba, mango

Consuma 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente blandas y con buen aporte energético:
Arroz blanco o integral, espagueti cocido, papa cocida, plátano maduro, pan integral blando, arepa de maíz, avena cocida

Incluya fuentes de grasa saludable en cada comida:

Aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya)

Aguacate, semillas (chía, linaza), frutos secos (maní, nueces, almendras)

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas.

Consuma 2 a 3 porciones de verduras cocidas al día, evitando aquellas que causen irritación o flatulencia.

Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, productos de paquete, embutidos, frituras, salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Aumente la ingesta de líquidos a 6–8 vasos de agua al día, incluyendo caldos naturales, infusiones suaves y jugos sin azúcar.

Prefiera preparaciones suaves: cocidos, hervidos, al vapor, al horno sin grasa añadida.

Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS:

Usuario se encuentra en riesgo nutricional, requiere apoyar la alimentación con una nutrición especializada evitando aumentar riesgo de complicaciones metabólicas y riesgo de morbimortalidad.

Se recomienda complementar alimentación con dos tomas de alimento líquido, polimérico, hiperproteico, a base de carbohidratos, lípidos, vitaminas, minerales y HMB (ensure® advance botella liquida por 237 c,c) 2 veces/día por vía oral.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma _____

Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: MOSQUERA LASSO ANARCILA
Tipo y número de documento de identidad: CC 1075324147
Género: F
Fecha Nacimiento: 1/04/1957
Edad: 69 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria MOSQUERA LASSO ANARCILA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No refiere
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No.

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 55,7 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,62 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 21,2 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: MOSQUERA LASSO ANARCILA, adulta mayor de 69 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, ANTECEDENTE DE CIRUGÍA DE CATARATA OJO DERECHO, ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, sus medidas antropométricas son: Peso: 55,7 kg y Talla 1,62 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda normocalórica
- Seguimiento Nutricional mensual

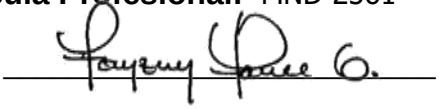
RECOMENDACIONES:

•Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía y digestión estable.
•Limite el consumo de sal a una cucharadita al día en todas las preparaciones.

•Incremente el consumo de frutas cocidas o blandas, entre 3 y 5 porciones al día (manzana cocida, papaya, banano maduro, compotas sin azúcar).
•Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día (zanahoria, auyama, calabacín). Evite espinaca, acelga y apio por su efecto laxante o irritante.
•Consuma 2 a 3 porciones de lácteos al día como leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.
•Incluya 3 porciones de proteína animal al día, como:
o 150 g de carne magra
o 200 g de pollo sin piel
o 150 g de pescado cocido
o 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite el consumo de vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, enlatados y mariscos.
•Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.
•Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, como:
o 1 pocillo de arroz blanco o espagueti
o 1 papa mediana
o ¼ plátano cocido
o 1 pan integral blando
o 4 galletas integrales sin azúcar
o 1 arepa mediana
o 3 cucharadas de avena cocida
• Evite el consumo de gaseosas, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
•Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
•Evite fritos, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
•Puede usar aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: CLAVER SOFIA
Tipo y número de documento de identidad: CC 1075325776
Género: F
Fecha Nacimiento: 1/01/1951
Edad: 75 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria CLAVER SOFIA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** Si la carne
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 27,4 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,33 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 15,5 m2
- **Clasificación Nutricional:** Delgadez

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: CLAVER SOFIA, adulta mayor de 75 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, EPILEPSIA, OSTEOSÍNTESIS DE FÉMUR IZQUIERDO, DISCAPACIDAD AUDITIVA, SÍNCOPE, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 27,4 kg y Talla 1,33 cm diagnostico nutricional Delgadez.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, si manifiesta rechazo por alimentos, la carne, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta blanda hiperproteica, hiposódica
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

• Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día,
• Limite el consumo de sal a una cucharadita para las preparaciones del día,
• Incremente el consumo de frutas 3-5 al día,
• Consuma verduras crudas y cocidas, 2 porciones al día, evite el consumo de espinaca, acelga,

apio, zanahoria,
• Consuma 2-3 lácteos al día como leche descremada o sus derivados como queso campesino o cuajada, yogurt, kumis, etc.,
• Consuma 3 porciones de proteínas tales como: 150gr carne, 180gr pollo sin piel, 150gr pescados, 1 unid huevo tibio dos veces por semana, evite el hígado, pajarilla, menudencia, callos, cerdo, sobre barriga, costilla, queso doble crema ,mariscos, embutidos como salchichón, mortadela, chorizo, jamón, enlatados como atún y sardinas,
• Consuma lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos 3-4 veces por semana, hasta 1 pocillo,
• Consuma 1-2 porciones de harinas por comida: 1 pocillo de arroz, 1 papa mediana, ¼ plátano, 1pan integral, 4galletas integrales, 1 arepa mediana, 1 pocillo de espagueti, 1 pocillo de cereal, 3 cucharadas de avena,
• Prohibido el consumo de gaseosas, jugos artificiales, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas se soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesas, salsa tomate, mostaza, vinagre, bebidas alcohólicas, encurtidos, etc.
• Incrementar el consumo de líquidos diarios, consuma de 8 vasos de agua al día,
• Evite el consumo de fritos, mantequilla, crema de leche, nata de leche, comidas rápidas, tamales, Puede utilizar aceite vegetal como aceite de oliva, canola, de maíz, girasol o de soya, en mínima cantidad.

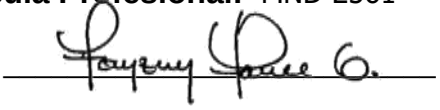
RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS:

Usuaria se encuentra en riesgo nutricional, requiere apoyar la alimentación con una nutrición especializada evitando aumentar riesgo de complicaciones metabólicas y riesgo de morbimortalidad,

Se recomienda complementar alimentación con dos tomas de alimento líquido, polimérico, hiperproteico, a base de carbohidratos, lípidos, vitaminas, minerales y HMB (ensure® advance botella liquida por 237 c,c) 2 veces/día por vía oral.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: MILLAN SOTO MARITZA
Tipo y número de documento de identidad: CC 55172564
Género: F
Fecha Nacimiento: 5/03/1975
Edad: 51 Años
EPS y Régimen: FAMISANAR EPS SUB

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria MILLAN SOTO MARITZA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No refiere
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 81,3 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,66 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 29,5 m2
- **Clasificación Nutricional:** Sobrepeso

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: MILLAN SOTO MARITZA, adulta mayor de 51 años de edad, vinculado al SGSSS FAMISANAR EPS. Presentando como antecedente de salud, POP CX DE CATARATA BILATERAL, TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, sus medidas antropométricas son: Peso: 81,3 kg y Talla 1,66 cm diagnostico nutricional Sobrepeso.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Hipocalórica e Hipograsa
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Fraccione la alimentación en 5 a 6 tiempos al día, con porciones pequeñas y preparaciones suaves.

Limite el consumo de grasas totales a menos de 25% del valor calórico diario.

Evite el consumo de grasas saturadas y trans, presentes en:

Mantequilla, margarina, crema de leche, nata

Embutidos, vísceras, costilla, chuleta, queso doble crema

Productos de paquete, frituras, comidas rápidas, pasteles, galletas comerciales

Utilice aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya) en mínima cantidad, solo para cocción.

Prefiera métodos de cocción suaves: hervido, al vapor, al horno sin grasa añadida.

Consuma 2 porciones de proteína animal al día, como:

100–150 g de carne magra cocida

150–200 g de pollo sin piel cocido

150 g de pescado cocido

1 huevo tibio al día (máximo 3 veces por semana)

Incluya 1 a 2 porciones de lácteos bajos en grasa: leche deslactosada, yogur natural sin azúcar, cuajada o queso campesino bajo en grasa.

Consuma leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 2–3 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas, con alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, papaya, guayaba, pera).

Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.

Consuma 1 porción de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:

Arroz integral, espagueti integral, papa cocida, plátano maduro, pan integral blando, arepa de maíz, avena cocida

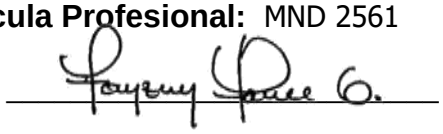
Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, productos de paquete, salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.

Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: MEDINA CABRERA JOSE JAIRO
Tipo y número de documento de identidad: CC 12119031
Género: M
Fecha Nacimiento: 27/08/1950
Edad: 76 Años
EPS y Régimen: SALUD TOTAL SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuario MEDINA CABRERA JOSE JAIRO con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 45 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,50 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 20,0 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: MEDINA CABRERA JOSE JAIRO, adulto mayor de 76 años de edad, vinculado al SGSSS SALUD TOTAL. Presentando como antecedente de salud, EPILEPSIA, ENFERMEDAD DE PARKINSON, CONJUNTIVITIS CRONICA, DISCAPACIDAD INTELECTUAL., sus medidas antropométricas son: Peso: 45 kg y Talla 1,50 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda normocalórica
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

• Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía y digestión estable.
• Limite el consumo de sal a una cucharadita al día en todas las preparaciones.
• Incremente el consumo de frutas cocidas o blandas, entre 3 y 5 porciones al día (manzana cocida, papaya, banano maduro, compotas sin azúcar).
• Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día (zanahoria, auyama, calabacín). Evite espinaca, acelga y apio por su efecto laxante o irritante.
• Consuma 2 a 3 porciones de lácteos al día como leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.
• Incluya 3 porciones de proteína animal al día, como:
o 150 g de carne magra
o 200 g de pollo sin piel
o 150 g de pescado cocido
o 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite el consumo de vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, enlatados y mariscos.
• Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.
• Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, como:
o 1 pocillo de arroz blanco o espagueti
o 1 papa mediana
o ¼ plátano cocido
o 1 pan integral blando
o 4 galletas integrales sin azúcar
o 1 arepa mediana
o 3 cucharadas de avena cocida
• Evite el consumo de gaseosas, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
• Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
• Evite fritos, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
• Puede usar aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma _____

Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: GONZALEZ DE CORDOBA CECILIA
Tipo y número de documento de identidad: CC 26435292
Género: F
Fecha Nacimiento: 29/09/1938
Edad: 88 Años
EPS y Régimen: FAMISANAR EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria GONZALEZ DE CORDOBA CECILIA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No refiere
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 37 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,32 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 21,2 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: GONZALEZ DE CORDOBA CECILIA, adulta mayor de 88 años de edad, vinculado al SGSSS FAMISANAR EPS. Presentando como antecedente de salud, AMAUROSIS IZQUIERDA, DERMATÓMICOSIS, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 37 kg y Talla 1,32 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda normocalórica
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

• Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía y digestión estable.
• Limite el consumo de sal a una cucharadita al día en todas las preparaciones.
• Incremente el consumo de frutas cocidas o blandas, entre 3 y 5 porciones al día (manzana cocida, papaya, banano maduro, compotas sin azúcar).
• Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día (zanahoria, auyama, calabacín). Evite espinaca, acelga y apio por su efecto laxante o irritante.
• Consuma 2 a 3 porciones de lácteos al día como leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.

• Incluya 3 porciones de proteína animal al día, como:
o 150 g de carne magra
o 200 g de pollo sin piel
o 150 g de pescado cocido
o 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite el consumo de vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, enlatados y mariscos.
• Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.
• Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, como:
o 1 pocillo de arroz blanco o espagueti
o 1 papa mediana
o ¼ plátano cocido
o 1 pan integral blando
o 4 galletas integrales sin azúcar
o 1 arepa mediana
o 3 cucharadas de avena cocida
• Evite el consumo de gaseosas, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
• Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
• Evite fritos, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
• Puede usar aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

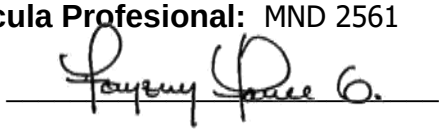
RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS:

Usuaria se encuentra en riesgo nutricional, requiere apoyar la alimentación con una nutrición especializada evitando aumentar riesgo de complicaciones metabólicas y riesgo de morbimortalidad,

Se recomienda complementar alimentación con dos tomas de alimento líquido, polimérico, hiperproteico, a base de carbohidratos, lípidos, vitaminas, minerales y HMB (ensure® advance botella liquida por 237 c,c,) 2 veces/día por vía oral.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: GUZMAN BUSTOS PABLO EMILIO
Tipo y número de documento de identidad: CC 7720643
Género: M
Fecha Nacimiento: 10/04/1980
Edad: 46 Años
EPS y Régimen: FAMISANAR SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuario GUZMAN BUSTOS PABLO EMILIO con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** No
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** SI, ensure avance 1 vez al día.

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 42,3 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,57cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 17,2 m2
- **Clasificación Nutricional:** Delgadez

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: GUZMAN BUSTOS PABLO EMILIO, adulto de 46 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA, SECUELAS DE ACV, DESNUTRICIÓN ANTECEDENTES DE GASTROSTOMÍA, DERMATITIS CEBORREICA, ESTREÑIMIENTO CRÓNICO, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 42,3 kg y Talla 1,57 cm diagnostico nutricional Delgadez.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, No masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Hiperproteica, Hipercalórica y Rica en Fibra
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Fraccione la alimentación en 6 a 8 comidas al día: 3 comidas principales y 3–5 meriendas nutritivas.

Aumente el consumo de proteínas de alto valor biológico, incluyendo:

150–200 g de carne magra cocida

200–250 g de pollo sin piel cocido

150–200 g de pescado cocido

2 huevos tibios al día (máximo 5 veces por semana)

1 pocillo de leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 4–5 veces por semana

2–3 porciones de lácteos al día: leche entera, yogur natural, cuajada, queso campesino bajo en sal

Enriquezca las preparaciones con fuentes proteicas adicionales: leche en polvo, clara de huevo cocida, queso rallado bajo en sal, harina de leguminosas, crema de arroz, avena fortificada.

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas, con alto contenido de fibra soluble (papaya, guayaba, manzana cocida, pera, banano maduro).

Consuma 2 a 3 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.

Consuma 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:

Arroz integral, espagueti integral, papa cocida, plátano maduro, pan integral, arepa de maíz, avena cocida

Incluya fuentes de grasa saludable en cada comida:

Aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya)

Aguacate, semillas (chía, linaza), frutos secos (maní, nueces, almendras)

Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, productos de paquete, embutidos, frituras, salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Aumente la ingesta de líquidos a 6–8 vasos de agua al día, incluyendo caldos naturales, infusiones suaves y jugos sin azúcar.

Prefiera preparaciones suaves: cocidos, hervidos, al vapor, al horno sin grasa añadida.

Evite verduras irritantes o flatulentas como cebolla cruda, coles, pimentón, ajo, apio y acelga cruda.

Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

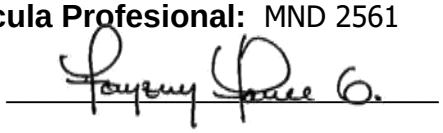
RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS:

Usuario se encuentra en riesgo nutricional, requiere apoyar la alimentación con una nutrición especializada evitando aumentar riesgo de complicaciones metabólicas y riesgo de morbimortalidad.

Se recomienda complementar alimentación con dos tomas de alimento líquido, polimérico, hiperproteico, a base de carbohidratos, lípidos, vitaminas, minerales y HMB (ensure® advance botella liquida por 237 c,c) 2 veces/día por vía oral.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: GARZON TOVAR MANUEL
Tipo y número de documento de identidad: CC 1621654
Género: M
Fecha Nacimiento: 16/05/1932
Edad: 94 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuario GARZON TOVAR MANUEL con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 50,6 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,46 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 23,7 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: GARZON TOVAR MANUEL, adulto mayor de 94 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, HTA, ENFERMEDAD RENAL CRONICA, HIPOTIROIDISMO, CIRUGIA DE CATARATA, ANTEROLISTESIS CERVICAL, HERNIA INGUINAL BILATERAL, BLEFARITIS ERC G3, SINCOPE, DEMENCIA SENIL., sus medidas antropométricas son: Peso: 50,6 kg y Talla 1,46 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

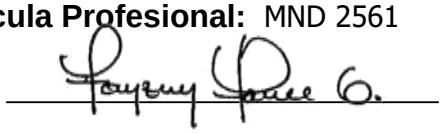
- Dieta Blanda Hipocalórica Renal
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

• Fraccione la alimentación en 5 a 6 tiempos al día, con porciones pequeñas y preparaciones suaves.
• Limite el consumo calórico total, priorizando alimentos con alta densidad nutricional y bajo aporte energético.
• Evite el uso de condimentos irritantes como ajo, cebolla cruda, pimentón, ají, vinagre, salsas comerciales, encurtidos, caldos concentrados y alimentos ultraprocesados.
• Limite el consumo de sal a menos de 5 g al día (una cucharadita), incluyendo la presente en alimentos procesados.
• Evite el consumo de embutidos, enlatados, quesos salados, encurtidos, cubos de sabor y productos de paquete.
• Prefiera métodos de cocción suaves: hervido, al vapor, al horno sin grasa añadida.
• Consuma 2 porciones de proteína animal al día,
o 100 g de carne magra cocida sin sal añadida
o 150 g de pollo sin piel cocido
o 150 g de pescado cocido (preferiblemente fresco, no enlatado)
o 1 huevo tibio al día (máximo 3 veces por semana)
• Incluya 1 a 2 porciones de lácteos bajos en grasa y sin sal añadida: leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en sodio.
• Consuma leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 2–3 veces por semana, bien cocidas y sin condimentos fuertes, según tolerancia renal.
• Consuma 3 a 5 porciones de frutas cocidas o blandas, con bajo contenido de potasio y alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, papaya, guayaba, pera).
• Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.
• Evite verduras flatulentas o irritantes como cebolla cruda, coles, pimentón, ajo, apio y acelga cruda.
• Consuma 1 porción de harinas por comida, preferiblemente refinadas si hay hiperfosfatemia, o integrales si está permitido:
o Arroz blanco o integral, espagueti cocido, papa cocida, plátano maduro, pan blando sin sal, arepa de maíz, avena cocida
• Controle la ingesta de líquidos según indicación médica (especialmente en diálisis):
o Agua, infusiones suaves, caldos naturales sin sal
• Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: GARCIA MARIA CRISTINA
Tipo y número de documento de identidad: CC 1075795722
Género: F
Fecha Nacimiento: 18/01/1948
Edad: 78 Años
EPS y Régimen: SANITAS EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria GARCIA MARIA CRISTINA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No refiere
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 51,3 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,42 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 25,4 m2
- **Clasificación Nutricional:** Sobrepeso

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: GARCIA MARIA CRISTINA, adulta mayor de 78 años de edad, vinculado al SGSSS SANITAS EPS. Presentando como antecedente de salud, DISCAPACIDAD AUDITIVA, COLÓN IRRITABLE, DISCAPACIDAD AUDITIVA, COLÓN IRRITABLE, RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR CON DISPOSITIVO DE FIJACIÓN, HEMORRAGIA VAGINAL, TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO DE LA URETRA, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 51,3 kg y Talla 1,42 cm diagnostico nutricional Sobrepeso.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Normocalórica rica en fibra y libre de irritantes
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Recomendaciones generales – Dieta blanda normocalórica, rica en fibra y libre de irritantes
Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía estable y favorecer la digestión.

Limite el consumo de sal a una cucharadita (5 g) al día en todas las preparaciones.

Evite el uso de condimentos irritantes como ajo, cebolla cruda, pimentón, ají, vinagre, salsas comerciales, encurtidos, caldos concentrados y alimentos ultraprocesados.

Incremente el consumo de frutas blandas y cocidas, entre 3 y 5 porciones al día, priorizando aquellas con alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, papaya, guayaba, pera).

Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, calabacín, espinaca cocida, habichuela tierna.

Evite verduras flatulentas o irritantes como coles, apio, acelga cruda, cebolla cruda y pimentón.

Incluya 2 a 3 porciones de lácteos bajos en grasa y sin azúcar: leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.

Consuma 3 porciones de proteína animal al día, como:

150 g de carne magra cocida

200 g de pollo sin piel cocido

150 g de pescado cocido

2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite el consumo de vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, mariscos y productos enlatados.

Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.

Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:

1 pocillo de arroz integral o espagueti integral

1 papa mediana cocida

¼ plátano cocido

1 pan integral blando

4 galletas integrales sin azúcar

1 arepa sin sal

3 cucharadas de avena cocida

Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas comerciales, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.

Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.

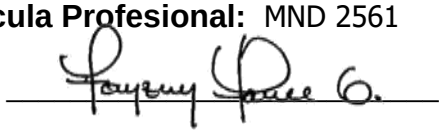
Evite frituras, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.

Utilice aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

Prefiera preparaciones suaves: cocidos, hervidos, al vapor, al horno sin grasa añadida.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: GARCIA BERTILDA
Tipo y número de documento de identidad: CC 1075325795
Género: F
Fecha Nacimiento: 1/01/1950
Edad: 76 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria GARCIA BERTILDA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No refiere
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 47,2 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,49 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 21,3 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: GARCIA BERTILDA, adulta mayor de 76 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, XEOSIS DEL CUTIS, BRADICARDIA, DERMATOMICOSIS, ESQUIZOFRENIA, sus medidas antropométricas son: Peso: 47,2 kg y Talla 1,49 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda normocalórica
- Seguimiento Nutricional mensual

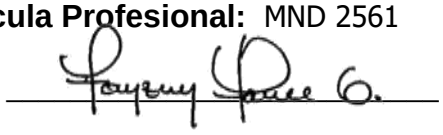
RECOMENDACIONES:

• Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía y digestión estable.
• Limite el consumo de sal a una cucharadita al día en todas las preparaciones.
• Incremente el consumo de frutas cocidas o blandas, entre 3 y 5 porciones al día (manzana cocida,

papaya, banano maduro, compotas sin azúcar).
• Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día (zanahoria, auyama, calabacín). Evite espinaca, acelga y apio por su efecto laxante o irritante.
• Consuma 2 a 3 porciones de lácteos al día como leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.
• Incluya 3 porciones de proteína animal al día, como:
o 150 g de carne magra
o 200 g de pollo sin piel
o 150 g de pescado cocido
o 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite el consumo de vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, enlatados y mariscos.
• Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.
• Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, como:
o 1 pocillo de arroz blanco o espagueti
o 1 papa mediana
o ¼ plátano cocido
o 1 pan integral blando
o 4 galletas integrales sin azúcar
o 1 arepa mediana
o 3 cucharadas de avena cocida
• Evite el consumo de gaseosas, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
• Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
• Evite fritos, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
• Puede usar aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: CUENCA CUENCA PEDRO
Tipo y número de documento de identidad: CC 1638182
Género: M
Fecha Nacimiento: 31/12/1938
Edad: 87 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuario CUENCA CUENCA PEDRO con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 68,8 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,70 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 23,8 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: CUENCA CUENCA PEDRO, adulto mayor de 87 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, EPOC-HIPOTIROIDISMO, CONSTIPACION, CX DE REMPLAZO DE CADERA IZQUIERDA, ESTREÑIMIENTO, DEMENCIA SENIL., sus medidas antropométricas son: Peso: 68,8 kg y Talla 1,70 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Normocalórica rica en fibra
- Seguimiento Nutricional mensual

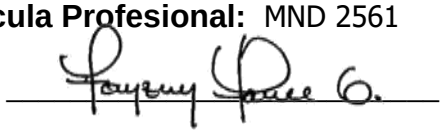
RECOMENDACIONES:

• Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía, digestión estable y tránsito intestinal saludable.
• Limite el consumo de sal a una cucharadita al día en todas las preparaciones.
• Incremente el consumo de frutas blandas y cocidas, entre 3 y 5 porciones al día, priorizando

aquellas con alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, guayaba, papaya, pera).
• Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, calabacín, espinaca cocida. Prefiera las de alto contenido en fibra y evite las que puedan causar irritación (como apio crudo o acelga en exceso).
• Consuma 2 a 3 porciones de lácteos bajos en grasa al día: leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.
• Incluya 3 porciones de proteína animal al día, como:
• 150 g de carne magra
• 200 g de pollo sin piel
• 150 g de pescado cocido
• 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, enlatados y mariscos.
• Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.
• Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:
• 1 pocillo de arroz integral o espagueti integral
• 1 papa mediana
• ¼ plátano cocido
• 1 pan integral blando
• 4 galletas integrales sin azúcar
• 1 arepa de maíz sin sal
• 3 cucharadas de avena cocida
• Evite el consumo de gaseosas, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
• Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
• Evite fritos, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
• Puede usar aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: CLAVER ORLANDO
Tipo y número de documento de identidad: CC 1075325780
Género: M
Fecha Nacimiento: 1/01/1959
Edad: 67 Años
EPS y Régimen: NUEVA EPS SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuario CLAVER ORLANDO con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 46,8 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,57 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 19,0 m2
- **Clasificación Nutricional:** Normal

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: CLAVER ORLANDO, adulto mayor de 67 años de edad, vinculado al SGSSS NUEVA EPS. Presentando como antecedente de salud, DERMATITIS CRONICA, CIRUJIA DE PRIAPISMO, DISCAPACIDAD AUDITIVA, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 46,8 kg y Talla 1,57 cm diagnostico nutricional Normal.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Normocalórica
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

• Consuma 3 comidas principales y 2 meriendas al día para mantener energía y digestión estable.
• Limite el consumo de sal a una cucharadita al día en todas las preparaciones.
• Incremente el consumo de frutas cocidas o blandas, entre 3 y 5 porciones al día (manzana cocida, papaya, banano maduro, compotas sin azúcar).
• Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día (zanahoria, auyama, calabacín). Evite espinaca, acelga y apio por su efecto laxante o irritante.
• Consuma 2 a 3 porciones de lácteos al día como leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.
• Incluya 3 porciones de proteína animal al día, como:
o 150 g de carne magra
o 200 g de pollo sin piel
o 150 g de pescado cocido
o 2 huevos tibios, máximo 3 veces por semana Limite el consumo de vísceras, embutidos, costilla, chuleta, queso doble crema, enlatados y mariscos.
• Consuma leguminosas (lentejas, fríjol, arvejas, garbanzos) 3–4 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.
• Consuma 1 a 2 porciones de harinas por comida, como:
o 1 pocillo de arroz blanco o espagueti
o 1 papa mediana
o ¼ plátano cocido
o 1 pan integral blando
o 4 galletas integrales sin azúcar
o 1 arepa mediana
o 3 cucharadas de avena cocida
• Evite el consumo de gaseosas, chocolate, productos de paquete, pasteles, galletas de soda, pan de yuca, bizcochos, mayonesa, salsas, vinagre, bebidas alcohólicas y encurtidos.
• Limite el consumo de líquidos a 5–6 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.
• Evite fritos, mantequilla, crema de leche, nata, comidas rápidas y tamales.
• Puede usar aceite vegetal (oliva, canola, maíz, girasol o soya) en mínima cantidad para preparación de alimentos.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma _____

Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: CARDENAS ALBAÑIL CELSA
Tipo y número de documento de identidad: CC 37080559
Género: F
Fecha Nacimiento: 12/03/1931
Edad: 95 Años
EPS y Régimen: FAMISANAR SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria CARDENAS ALBAÑIL CELSA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** No
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** SI, ensure avance 1 vez al día.

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 28,2 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,37 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 15,0 m2
- **Clasificación Nutricional:** Delgadez

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: CARDENAS ALBAÑIL CELSA, adulta mayor de 95 años de edad, vinculado al SGSSS FAMISANAR EPS. Presentando como antecedente de salud, FRACTURA CONSOLIDADA DE CADERA IZQUIERDA, EPOC, ESTREÑIMIENTO, DEMENCIA ZENIT, sus medidas antropométricas son: Peso: 28,2 kg y Talla 1,37 cm diagnostico nutricional Delgadez.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, No masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Hiperproteica, Hipercalórica y Rica en Fibra
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Fraccione la alimentación en 6 a 8 comidas al día: 3 comidas principales y 3–5 meriendas nutritivas.

Aumente el consumo de proteínas de alto valor biológico, incluyendo:

150–200 g de carne magra cocida

200–250 g de pollo sin piel cocido

150–200 g de pescado cocido

2 huevos tibios al día (máximo 5 veces por semana)

1 pocillo de leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 4–5 veces por semana

2–3 porciones de lácteos al día: leche entera, yogur natural, cuajada, queso campesino bajo en sal

Enriquezca las preparaciones con fuentes proteicas adicionales: leche en polvo, clara de huevo cocida, queso rallado bajo en sal, harina de leguminosas, crema de arroz, avena fortificada.

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas, con alto contenido de fibra soluble (papaya, guayaba, manzana cocida, pera, banano maduro).

Consuma 2 a 3 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.

Consuma 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:

Arroz integral, espagueti integral, papa cocida, plátano maduro, pan integral, arepa de maíz, avena cocida

Incluya fuentes de grasa saludable en cada comida:

Aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya)

Aguacate, semillas (chía, linaza), frutos secos (maní, nueces, almendras)

Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, productos de paquete, embutidos, frituras, salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Aumente la ingesta de líquidos a 6–8 vasos de agua al día, incluyendo caldos naturales, infusiones suaves y jugos sin azúcar.

Prefiera preparaciones suaves: cocidos, hervidos, al vapor, al horno sin grasa añadida.

Evite verduras irritantes o flatulentas como cebolla cruda, coles, pimentón, ajo, apio y acelga cruda.

Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

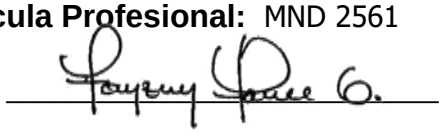
Recomendaciones Específicas:

Usuaria se encuentra en riesgo nutricional, requiere apoyar la alimentación con una nutrición especializada evitando aumentar riesgo de complicaciones metabólicas y riesgo de morbimortalidad,

Se recomienda complementar alimentación con dos tomas de alimento líquido, polimérico, hiperproteico, a base de carbohidratos, lípidos, vitaminas, minerales y HMB (ensure® advance botella liquida por 237 c,c,) 2 veces/día por vía oral.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: BETANCOURTH CRUZ JUDITH ESNEYDER
Tipo y número de documento de identidad: CC 55160561
Género: F
Fecha Nacimiento: 8/02/1971
Edad: 55 Años
EPS y Régimen: FAMISANAR SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria BETANCOURTH CRUZ JUDITH ESNEYDER con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 60,7 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Directa
- **Talla Actual (cm):** 1,50 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Directa
- **IMC kg/m2** 27,0 m2
- **Clasificación Nutricional:** Sobrepeso

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: BETANCOURTH CRUZ JUDITH ESNEYDER, adulta de 55 años de edad, vinculado al SGSSS FAMISANAR EPS. Presentando como antecedente de salud, PREDIABETES, HIPERLIPIDEMIA, MASTITIS MASA NO ESPECIFICADA EN LA MAMA DERECHA, ESQUIZOFRENIA, sus medidas antropométricas son: Peso: 60,7 kg y Talla 1,50 cm diagnostico nutricional Sobrepeso.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta blanda hipocalórica, hipograsa e hipoglucídica
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Fraccione la alimentación en 5 a 6 tiempos al día, con porciones pequeñas y preparaciones suaves.

Limite el consumo calórico total, priorizando alimentos con alta densidad nutricional y bajo aporte energético.

Reduzca el consumo de grasas totales, especialmente saturadas y trans:

Evite mantequilla, margarina, crema de leche, nata, embutidos, vísceras, frituras, productos de paquete y comidas rápidas.

Utilice aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya) en mínima cantidad, solo para cocción.

Reduzca el consumo de azúcares simples y carbohidratos refinados:

Evite azúcar blanca, panela, miel, jugos azucarados, gaseosas, postres, pan blanco, galletas comerciales y harinas refinadas.

Consuma 1 porción de harinas por comida, priorizando fuentes con bajo índice glucémico y alto contenido de fibra:

Arroz integral, avena cocida, papa cocida, plátano maduro, pan integral blando, arepa de maíz

Consuma 2 porciones de proteína animal al día, como:

100–150 g de carne magra cocida sin grasa

150–200 g de pollo sin piel cocido

150 g de pescado cocido

1 huevo tibio al día (máximo 3 veces por semana)

Incluya 1 a 2 porciones de lácteos bajos en grasa y sin azúcar: leche deslactosada, yogur natural, cuajada o queso campesino bajo en grasa.

Consuma leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 2–3 veces por semana, hasta 1 pocillo por porción, bien cocidas y sin condimentos fuertes.

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas, con bajo índice glucémico y alto contenido de fibra soluble (manzana cocida, papaya, guayaba, pera).

Consuma 2 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.

Evite verduras flatulentas o irritantes como cebolla cruda, coles, pimentón, ajo, apio y acelga cruda.

Prefiera métodos de cocción suaves: hervido, al vapor, al horno sin grasa añadida.

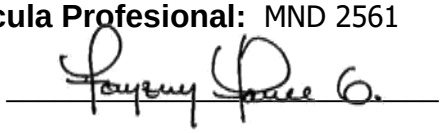
Evite el consumo de salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Aumente la ingesta de líquidos a 6–8 vasos de agua al día, distribuidos entre comidas.

Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: AVENDAÑO GUZMAN LEIDY JOHANNA
Tipo y número de documento de identidad: CC 1075236718
Género: F
Fecha Nacimiento: 15/04/1985
Edad: 41 Años
EPS y Régimen: FAMISANAR SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuaria AVENDAÑO GUZMAN LEIDY JOHANNA con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 41,2 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,60 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 16,1 m2
- **Clasificación Nutricional:** Delgadez

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: AVENDAÑO GUZMAN LEIDY JOHANNA, adulta de 41 años de edad, vinculado al SGSSS FAMISANAR EPS. Presentando como antecedente de salud, DESNUTRICIÓN LEVE, SECUELA DE MENINGITIS EN INFANCIA, PARÁLISIS CEREBRAL, ESTREÑIMIENTO, DISCAPACIDAD INTELECTUAL., sus medidas antropométricas son: Peso: 41,2 kg y Talla 1,60 cm diagnostico nutricional Delgadez.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Blanda Hiperproteica, Hipercalórica y Rica en Fibra
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Fraccione la alimentación en 6 a 8 comidas al día: 3 comidas principales y 3–5 meriendas nutritivas.

Aumente el consumo de proteínas de alto valor biológico, incluyendo:

150–200 g de carne magra cocida

200–250 g de pollo sin piel cocido

150–200 g de pescado cocido

2 huevos tibios al día (máximo 5 veces por semana)

1 pocillo de leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 4–5 veces por semana

2–3 porciones de lácteos al día: leche entera, yogur natural, cuajada, queso campesino bajo en sal

Enriquezca las preparaciones con fuentes proteicas adicionales: leche en polvo, clara de huevo cocida, queso rallado bajo en sal, harina de leguminosas, crema de arroz, avena fortificada.

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente cocidas o blandas, con alto contenido de fibra soluble (papaya, guayaba, manzana cocida, pera, banano maduro).

Consuma 2 a 3 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.

Consuma 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:

Arroz integral, espagueti integral, papa cocida, plátano maduro, pan integral, arepa de maíz, avena cocida

Incluya fuentes de grasa saludable en cada comida:

Aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya)

Aguacate, semillas (chía, linaza), frutos secos (maní, nueces, almendras)

Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, productos de paquete, embutidos, frituras, salsas

comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Aumente la ingesta de líquidos a 6–8 vasos de agua al día, incluyendo caldos naturales, infusiones suaves y jugos sin azúcar.

Prefiera preparaciones suaves: cocidos, hervidos, al vapor, al horno sin grasa añadida.

Evite verduras irritantes o flatulentas como cebolla cruda, coles, pimentón, ajo, apio y acelga cruda.

Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

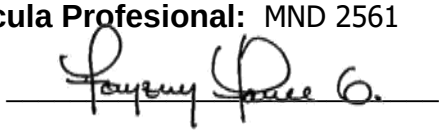
RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS:

Usuaria se encuentra en riesgo nutricional, requiere apoyar la alimentación con una nutrición especializada evitando aumentar riesgo de complicaciones metabólicas y riesgo de morbimortalidad,

Se recomienda complementar alimentación con dos tomas de alimento líquido, polimérico, hiperproteico, a base de carbohidratos, lípidos, vitaminas, minerales y HMB (ensure® advance botella liquida por 237 c,c) 2 veces/día por vía oral.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma



Fecha: abril del 2026

INFORMACION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha de ingreso: 19/10/2025
Nombre Completo: AVENDAÑO GUZMAN WILSON AUGUSTO
Tipo y número de documento de identidad: CC 1075236480
Género: M
Fecha Nacimiento: 12/02/1989
Edad: 37 Años
EPS y Régimen: FAMISANAR SUB.

OBJETO DEL INFORME:

Realizar valoración nutricional a usuario AVENDAÑO GUZMAN WILSON AUGUSTO con el fin de conocer su estado nutricional y definir acciones individuales encaminadas a la prevención o manejo de malnutrición.

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

- **Apetito (Bueno, malo, regular):** Bueno
- **Masticación:** Normal
- **Deglución:** Normal
- **Alimentos preferidos:** Todos
- **Alimentos rechazados:** No rechaza alimentos
- **Alimentos no tolerados:** No refiere
- **Alergias alimentarias:** No refiere
- **Consumo de Agua:** 3 vasos/día
- **Rapidez con la que come: (baja, media alta):** Media
- **¿A costumbra a saltarse las comidas?:** No
- **¿Cuántas comidas hace al día actualmente?** 3 comidas principales - 2 Refrigerios
- **Toma algún suplemento / complemento? ¿Cuál?:** No

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- **Peso Actual (kg):** 36,2 Kg
- **¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** Estimación
- **Talla Actual (cm):** 1,50 cm
- **¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?** Estimación
- **IMC kg/m2** 16,1 m2
- **Clasificación Nutricional:** Delgadez

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Concepto: AVENDAÑO GUZMAN WILSON AUGUSTO, adulto de 37 años de edad, vinculado al SGSSS FAMISANAR EPS. Presentando como antecedente de salud, PARÁLISIS CEREBRAL, DESNUTRICIÓN, DEPENDENCIA FUNCIONAL MODERADA DERMATITIS SEBORREICA, OBSTRUCCIÓN INTESTINAL, ESTREÑIMIENTO, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, sus medidas antropométricas son: Peso: 36,2 kg y Talla 1,50 cm diagnostico nutricional Delgadez.

Respecto a sus hábitos de alimentación, ha presentado buen apetito, no presenta intolerancias y no presenta alergias alimentarias, no manifiesta rechazo por alimentos, masticación y deglución normal.

Se observa en el recordatorio 24 horas consumo de 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena), se recomienda alimentación variada, tolerando y recibiendo con agrado alimentación ofrecida en la fundación.

PROPUESTA DE ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Plan:

- Dieta Hipercalórica, Hiperproteica y Rica en Fibra
- Seguimiento Nutricional mensual

RECOMENDACIONES:

Consuma 6 a 8 comidas al día, fraccionadas en porciones pequeñas: 3 comidas principales y 3–5 meriendas nutritivas.

Aumente el consumo de proteínas de alto valor biológico, incluyendo:

150–200 g de carne magra cocida

200–250 g de pollo sin piel cocido

150–200 g de pescado cocido

2 huevos tibios al día (máximo 5 veces por semana)

1 pocillo de leguminosas cocidas (lentejas, fríjol, garbanzos, arvejas) 4–5 veces por semana

2–3 porciones de lácteos al día: leche entera, yogur natural, cuajada, queso campesino bajo en sal

Enriquezca las preparaciones con fuentes proteicas adicionales: leche en polvo, clara de huevo cocida, queso rallado bajo en sal, harina de leguminosas.

Consuma 3 a 5 porciones de frutas al día, preferiblemente con cáscara si es tolerada, o cocidas si hay dificultad digestiva (papaya, guayaba, manzana cocida, pera, banano maduro).

Consuma 2 a 3 porciones de verduras cocidas al día, como zanahoria, auyama, espinaca cocida, habichuela tierna, calabacín.

Consuma 2 porciones de harinas por comida, preferiblemente integrales o con alto contenido de fibra:

Arroz integral, espagueti integral, papa cocida, plátano maduro, pan integral, arepa de maíz, avena cocida

Incluya fuentes de grasa saludable en cada comida:

Aceite vegetal (oliva, canola, girasol, maíz, soya)

Aguacate, semillas (chía, linaza), frutos secos (maní, nueces, almendras)

Evite el consumo de gaseosas, jugos azucarados, productos de paquete, embutidos, frituras, salsas comerciales, encurtidos, bebidas alcohólicas y alimentos ultraprocesados.

Aumente la ingesta de líquidos a 6–8 vasos de agua al día, incluyendo caldos naturales, infusiones suaves y jugos sin azúcar.

Prefiera preparaciones suaves: cocidos, hervidos, al vapor, al horno sin grasa añadida.

Masticar bien los alimentos y evitar temperaturas extremas para facilitar la digestión.

En caso de bajo apetito, ofrecer alimentos densos en energía y proteína en pequeñas cantidades frecuentes (batidos con leche, avena, frutas, clara de huevo cocida).

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS:

En riesgo nutricional, requiere apoyar la alimentación con una nutrición especializada evitando aumentar riesgo de complicaciones metabólicas y riesgo de morbimortalidad,

Se recomienda complementar alimentación con dos tomas de alimento líquido, polimérico, hiperproteico, a base de carbohidratos, lípidos, vitaminas, minerales y HMB (ensure® advance botella liquida por 237 c,c,) 2 veces/día por vía oral,

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME

Nombre Completo: ND Fayzully Yance González.
Cédula de Ciudadanía: CC 22.586.441
Profesión: Nutricionista Dietista
Cargo: Nutricionista Dietista
Matrícula Profesional: MND 2561
Firma

