## SECCIÓN 2. VALORACIÓN FÍSICA

| | |
|---|---|
| 1. NOMBRE UNIDAD OPERATIVA: | Centro de Cuidado Transitorio Quiroga |
| 2. FECHA DILIGENCIAMIENTO: | *12/06/2026* |

### 3. DATOS GENERALES

| | |
|---|---|
| 3.1. NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) PERSONA MAYOR: | CARLOS ALBERTO GARCIA RODRIGUEZ |
| 3.2 NÚMERO DOCUMENTO IDENTIDAD: | 12560896 |

### 4. FRECUENCIA Y TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZA A LA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 a 2 días | | 2 a 3 días | | Más de 3 días | | De 4 a 6 días | |
| No realiza Actividad Física | ¿Por qué?: | X – Falta de motivación | | | | | |

### 5. ANTECEDENTES

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hospitalizaciones: | No reporta | Lesiones Físicas: | Ninguna reportada |
| Cirugías: | Ninguna | Fracturas o caídas: | No reporta caídas ni fracturas |
| Sistema Osteomuscular: | Sin antecedentes relevantes | | |
| Sistema Respiratorio: | Sin antecedentes respiratorios | | |

### 6.CUALIDADES FÍSICAS

| CLASIFICACIOÓN | REGULAR | Puntuación | ACEPTABLE | Puntuación | BUENA | Puntuación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6.1. 30s Sentarse y levantarse de una silla (cantidad de repeticiones) | < 10 | 12 | X | | > Al Intervalo | >15 | |
| 6.2. Sentado y alcanzar el pie extendido (centímetros) | <0 | 0 | X | | V.Positivo | >0 | |
| 6.3. Alcanzar mano tras la espalda (centímetros) | <0 | 9 | Intervalo 0 | | X | >0 | |
| 6.4. Marcha 2 Minutos (# pasos completos) | <68 | 122 | Intervalo 68 a 100 | | X | >100 | |
| 6.5. Levantarse, caminar y volverse a sentar (segundos) | >7 | 5 | X | | > Al Intervalo | < 5 | |

### 7. CONCEPTO PROFESIONAL

Persona mayor sin antecedentes patológicos relevantes reportados. Capacidad funcional valorada. Se recomienda mantener actividad física regular y seguimiento periódico.

| | |
|---|---|
| 8. NOMBRE DEL PROFESIONAL: | Norma Quiroga |
| 8.1. NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIDAD - FIRMA: | 52968298 |
| 9. NOMBRE DEL RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: | LUISA CAMILA GARCIA |
| 9.1. NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIDAD: | 1.096.957.543 |


Nota: Autorización para el tratamiento de datos personales: En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, me fue informado que la Secretaría Distrital de Integración Social – SDIS, es la responsable del tratamiento de mis datos personales recolectados y/o los del menor de edad que represento, y que podrá realizar operaciones sobre los mismos para las finalidades establecidas en su Política de tratamiento de datos personales, disponible en https://www.integracionsocial.gov.co/images/_docs/2022/politicas_publicas/Lineamiento_Politica_general_Seguridad_Privacidad_informacion.docx Entiendo que tengo derecho a entregar o no mis datos sensibles, que son aquellos que afectan la intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación. Por lo anterior, autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Integración Social para tratar los datos personales que se recolectarán mediante este registro. Entiendo que para revocar o modificar esta autorización, así como para consultar los datos allí almacenados, debo dirigirme a la SDIS a través de sus canales de atención a la ciudadanía.

## SECCIÓN 2. VALORACIÓN FÍSICA

| | |
|---|---|
| 1. NOMBRE UNIDAD OPERATIVA: | Centro de Cuidado Transitorio Quiroga |
| 2. FECHA DILIGENCIAMIENTO: | *16/06/2026* |

### 3. DATOS GENERALES

| | |
|---|---|
| 3.1. NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) PERSONA MAYOR: | ABELARDO DE JESUS MORENO ZAPATA |
| 3.2 NÚMERO DOCUMENTO IDENTIDAD: | 17152792 |

### 4. FRECUENCIA Y TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZA A LA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 a 2 días | | 2 a 3 días | | Más de 3 días | X | De 4 a 6 días | |
| No realiza Actividad Física | ¿Por qué?: | | | | | | |

### 5. ANTECEDENTES

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hospitalizaciones: | No reporta | Lesiones Físicas: | Ninguna reportada |
| Cirugías: | Ninguna | Fracturas o caídas: | No reporta caídas ni fracturas |
| Sistema Osteomuscular: | Sin antecedentes relevantes | | |
| Sistema Respiratorio: | Sin antecedentes respiratorios | | |

### 6.CUALIDADES FÍSICAS

| CLASIFICACIOÓN | REGULAR | Puntuación | ACEPTABLE | Puntuación | BUENA | Puntuación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6.1. 30s Sentarse y levantarse de una silla (cantidad de repeticiones) | < 10 | 13 | X | | > Al Intervalo | >15 | |
| 6.2. Sentado y alcanzar el pie extendido (centímetros) | <0 | 1 | Intervalo 0 | | X | >0 | |
| 6.3. Alcanzar mano tras la espalda (centímetros) | <0 | 7 | Intervalo 0 | | X | >0 | |
| 6.4. Marcha 2 Minutos (# pasos completos) | <68 | 91 | X | | > Al Intervalo | >100 | |
| 6.5. Levantarse, caminar y volverse a sentar (segundos) | >7 | 7 | X | | > Al Intervalo | < 5 | |

### 7. CONCEPTO PROFESIONAL

Persona mayor sin antecedentes patológicos relevantes reportados. Capacidad funcional valorada. Se recomienda mantener actividad física regular y seguimiento periódico.

| | |
|---|---|
| 8. NOMBRE DEL PROFESIONAL: | Norma Quiroga |
| 8.1. NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIDAD - FIRMA: | 52968298 |
| 9. NOMBRE DEL RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: | LUISA CAMILA GARCIA |
| 9.1. NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIDAD: | 1.096.957.543 |


Nota: Autorización para el tratamiento de datos personales: En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, me fue informado que la Secretaría Distrital de Integración Social – SDIS, es la responsable del tratamiento de mis datos personales recolectados y/o los del menor de edad que represento, y que podrá realizar operaciones sobre los mismos para las finalidades establecidas en su Política de tratamiento de datos personales, disponible en https://www.integracionsocial.gov.co/images/_docs/2022/politicas_publicas/Lineamiento_Politica_general_Seguridad_Privacidad_informacion.docx Entiendo que tengo derecho a entregar o no mis datos sensibles, que son aquellos que afectan la intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación. Por lo anterior, autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Integración Social para tratar los datos personales que se recolectarán mediante este registro. Entiendo que para revocar o modificar esta autorización, así como para consultar los datos allí almacenados, debo dirigirme a la SDIS a través de sus canales de atención a la ciudadanía.

## SECCIÓN 2. VALORACIÓN FÍSICA

| | |
|---|---|
| 1. NOMBRE UNIDAD OPERATIVA: | Centro de Cuidado Transitorio Quiroga |
| 2. FECHA DILIGENCIAMIENTO: | *9/06/2026* |

### 3. DATOS GENERALES

| | |
|---|---|
| 3.1. NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) PERSONA MAYOR: | JORGE ELIECER CADENA |
| 3.2 NÚMERO DOCUMENTO IDENTIDAD: | 17184332 |

### 4. FRECUENCIA Y TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZA A LA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 a 2 días | | 2 a 3 días | | Más de 3 días | | De 4 a 6 días | |
| No realiza Actividad Física | ¿Por qué?: | X NO ENCUENTRA MOTIVACION | | | | | |

### 5. ANTECEDENTES

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hospitalizaciones: | No reporta | Lesiones Físicas: | Ninguna reportada |
| Cirugías: | Ninguna | Fracturas o caídas: | No reporta caídas ni fracturas |
| Sistema Osteomuscular: | Sin antecedentes relevantes | | |
| Sistema Respiratorio: | Sin antecedentes respiratorios | | |

### 6.CUALIDADES FÍSICAS

| CLASIFICACIOÓN | REGULAR | Puntuación | ACEPTABLE | Puntuación | BUENA | Puntuación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6.1. 30s Sentarse y levantarse de una silla (cantidad de repeticiones) | < 10 | 19 | Intervalo 10 a 15 | | X | >15 | |
| 6.2. Sentado y alcanzar el pie extendido (centímetros) | <0 | 0 | X | | V.Positivo | >0 | |
| 6.3. Alcanzar mano tras la espalda (centímetros) | <0 | 0 | X | | V.Positivo | >0 | |
| 6.4. Marcha 2 Minutos (# pasos completos) | X | 46 | Intervalo 68 a 100 | | > Al Intervalo | >100 | |
| 6.5. Levantarse, caminar y volverse a sentar (segundos) | >7 | 7 | X | | > Al Intervalo | < 5 | |

### 7. CONCEPTO PROFESIONAL

Persona mayor donde se recomienda implementar un proceso de intervención integral con un enfoque interdisciplinario que incluya el acompañamiento de profesionales de la salud, estrategias de motivación, apoyo nutricional y un programa de actividad física adaptado a sus capacidades, necesidades e intereses. Las actividades deben desarrollarse de manera progresiva, en un ambiente seguro y con instrucciones claras, sencillas y repetitivas, favoreciendo la participación y el mejoramiento de su calidad de vida.

| | |
|---|---|
| 8. NOMBRE DEL PROFESIONAL: | Norma Quiroga |
| 8.1. NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIDAD - FIRMA: | 52968298 |
| 9. NOMBRE DEL RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: | LUISA CAMILA GARCIA |
| 9.1. NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIDAD: | 1.096.957.543 |


Nota: Autorización para el tratamiento de datos personales: En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, me fue informado que la Secretaría Distrital de Integración Social – SDIS, es la responsable del tratamiento de mis datos personales recolectados y/o los del menor de edad que represento, y que podrá realizar operaciones sobre los mismos para las finalidades establecidas en su Política de tratamiento de datos personales, disponible en https://www.integracionsocial.gov.co/images/_docs/2022/politicas_publicas/Lineamiento_Politica_general_Seguridad_Privacidad_informacion.docx Entiendo que tengo derecho a entregar o no mis datos sensibles, que son aquellos que afectan la intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación. Por lo anterior, autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Integración Social para tratar los datos personales que se recolectarán mediante este registro. Entiendo que para revocar o modificar esta autorización, así como para consultar los datos allí almacenados, debo dirigirme a la SDIS a través de sus canales de atención a la ciudadanía.

## SECCIÓN 2. VALORACIÓN FÍSICA

| | |
|---|---|
| 1. NOMBRE UNIDAD OPERATIVA: | Centro de Cuidado Transitorio Quiroga |
| 2. FECHA DILIGENCIAMIENTO: | *22/06/2026* |

### 3. DATOS GENERALES

| | |
|---|---|
| 3.1. NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) PERSONA MAYOR: | HECTOR ANTONIO PRIETO RIVERA |
| 3.2 NÚMERO DOCUMENTO IDENTIDAD: | 17191371 |

### 4. FRECUENCIA Y TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZA A LA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 a 2 días | | 2 a 3 días | | Más de 3 días | X | De 4 a 6 días | |
| No realiza Actividad Física | ¿Por qué?: | | | | | | |

### 5. ANTECEDENTES

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hospitalizaciones: | No reporta | Lesiones Físicas: | Ninguna reportada |
| Cirugías: | Ninguna | Fracturas o caídas: | No reporta caídas ni fracturas |
| Sistema Osteomuscular: | Sin antecedentes relevantes | | |
| Sistema Respiratorio: | Sin antecedentes respiratorios | | |

### 6.CUALIDADES FÍSICAS

| CLASIFICACIOÓN | REGULAR | Puntuación | ACEPTABLE | Puntuación | BUENA | Puntuación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6.1. 30s Sentarse y levantarse de una silla (cantidad de repeticiones) | < 10 | 16 | Intervalo 10 a 15 | | X | >15 | |
| 6.2. Sentado y alcanzar el pie extendido (centímetros) | <0 | 9 | Intervalo 0 | | X | >0 | |
| 6.3. Alcanzar mano tras la espalda (centímetros) | X | -12 | Intervalo 0 | | V.Positivo | >0 | |
| 6.4. Marcha 2 Minutos (# pasos completos) | <68 | 96 | X | | > Al Intervalo | >100 | |
| 6.5. Levantarse, caminar y volverse a sentar (segundos) | >7 | 3 | Intervalo 5 a 7 seg | | X | < 5 | |

### 7. CONCEPTO PROFESIONAL

Persona mayor sin antecedentes patológicos relevantes reportados. Capacidad funcional valorada. Se recomienda mantener actividad física regular y seguimiento periódico.

| | |
|---|---|
| 8. NOMBRE DEL PROFESIONAL: | Norma Quiroga |
| 8.1. NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIDAD - FIRMA: | 52968298 |
| 9. NOMBRE DEL RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: | LUISA CAMILA GARCIA |
| 9.1. NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIDAD: | 1.096.957.543 |

Nota: Autorización para el tratamiento de datos personales: En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, me fue informado que la Secretaría Distrital de Integración Social – SDIS, es la responsable del tratamiento de mis datos personales recolectados y/o los del menor de edad que represento, y que podrá realizar operaciones sobre los mismos para las finalidades establecidas en su Política de tratamiento de datos personales, disponible en https://www.integracionsocial.gov.co/images/_docs/2022/politicas_publicas/Lineamiento_Politica_general_Seguridad_Privacidad_informacion.docx Entiendo que tengo derecho a entregar o no mis datos sensibles, que son aquellos que afectan la intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación. Por lo anterior, autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Integración Social para tratar los datos personales que se recolectarán mediante este registro. Entiendo que para revocar o modificar esta autorización, así como para consultar los datos allí almacenados, debo dirigirme a la SDIS a través de sus canales de atención a la ciudadanía.

## SECCIÓN 2. VALORACIÓN FÍSICA

| | |
|---|---|
| 1. NOMBRE UNIDAD OPERATIVA: | Centro de Cuidado Transitorio Quiroga |
| 2. FECHA DILIGENCIAMIENTO: | *3/06/2026* |

### 3. DATOS GENERALES

| | |
|---|---|
| 3.1. NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) PERSONA MAYOR: | NEBERTULIO BARON RUEDA |
| 3.2 NÚMERO DOCUMENTO IDENTIDAD: | 19075317 |

### 4. FRECUENCIA Y TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZA A LA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 a 2 días | X | 2 a 3 días | | Más de 3 días | | De 4 a 6 días | |
| No realiza Actividad Física | ¿Por qué?: | | | | | | |

### 5. ANTECEDENTES

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hospitalizaciones: | No reporta | Lesiones Físicas: | Ninguna reportada |
| Cirugías: | Ninguna | Fracturas o caídas: | No reporta caídas ni fracturas |
| Sistema Osteomuscular: | Sin antecedentes relevantes | | |
| Sistema Respiratorio: | Sin antecedentes respiratorios | | |

### 6.CUALIDADES FÍSICAS

| CLASIFICACIOÓN | REGULAR | Puntuación | ACEPTABLE | Puntuación | BUENA | Puntuación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6.1. 30s Sentarse y levantarse de una silla (cantidad de repeticiones) | X | 5 | Intervalo 10 a 15 | | > Al Intervalo | >15 | |
| 6.2. Sentado y alcanzar el pie extendido (centímetros) | <0 | 8 | Intervalo 0 | | X | >0 | |
| 6.3. Alcanzar mano tras la espalda (centímetros) | X | -4 | Intervalo 0 | | V.Positivo | >0 | |
| 6.4. Marcha 2 Minutos (# pasos completos) | <68 | 85 | X | | > Al Intervalo | >100 | |
| 6.5. Levantarse, caminar y volverse a sentar (segundos) | >7 | 7 | X | | > Al Intervalo | < 5 | |

### 7. CONCEPTO PROFESIONAL

Persona mayor sin antecedentes patológicos relevantes reportados. Capacidad funcional valorada. Se recomienda mantener actividad física regular y seguimiento periódico.

| | |
|---|---|
| 8. NOMBRE DEL PROFESIONAL: | Norma Quiroga |
| 8.1. NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIDAD - FIRMA: | 52968298 |
| 9. NOMBRE DEL RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: | LUISA CAMILA GARCIA |
| 9.1. NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIDAD: | 1.096.957.543 |

Nota: Autorización para el tratamiento de datos personales: En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, me fue informado que la Secretaría Distrital de Integración Social – SDIS, es la responsable del tratamiento de mis datos personales recolectados y/o los del menor de edad que represento, y que podrá realizar operaciones sobre los mismos para las finalidades establecidas en su Política de tratamiento de datos personales, disponible en https://www.integracionsocial.gov.co/images/_docs/2022/politicas_publicas/Lineamiento_Politica_general_Seguridad_Privacidad_informacion.docx Entiendo que tengo derecho a entregar o no mis datos sensibles, que son aquellos que afectan la intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación. Por lo anterior, autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Integración Social para tratar los datos personales que se recolectarán mediante este registro. Entiendo que para revocar o modificar esta autorización, así como para consultar los datos allí almacenados, debo dirigirme a la SDIS a través de sus canales de atención a la ciudadanía.

## SECCIÓN 2. VALORACIÓN FÍSICA

| | |
|---|---|
| 1. NOMBRE UNIDAD OPERATIVA: | Centro de Cuidado Transitorio Quiroga |
| 2. FECHA DILIGENCIAMIENTO: | *10/06/2026* |

### 3. DATOS GENERALES

| | |
|---|---|
| 3.1. NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) PERSONA MAYOR: | LUIS GERMAN TORO GONZALEZ |
| 3.2 NÚMERO DOCUMENTO IDENTIDAD: | 19102230 |

### 4. FRECUENCIA Y TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZA A LA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 a 2 días | X | 2 a 3 días | | Más de 3 días | | De 4 a 6 días | |
| No realiza Actividad Física | ¿Por qué?: | | | | | | |

### 5. ANTECEDENTES

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hospitalizaciones: | No reporta | Lesiones Físicas: | Ninguna reportada |
| Cirugías: | Ninguna | Fracturas o caídas: | No reporta caídas ni fracturas |
| Sistema Osteomuscular: | Sin antecedentes relevantes | | |
| Sistema Respiratorio: | Sin antecedentes respiratorios | | |

### 6.CUALIDADES FÍSICAS

| CLASIFICACIOÓN | REGULAR | Puntuación | ACEPTABLE | Puntuación | BUENA | Puntuación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6.1. 30s Sentarse y levantarse de una silla (cantidad de repeticiones) | < 10 | 13 | X | | > Al Intervalo | >15 | |
| 6.2. Sentado y alcanzar el pie extendido (centímetros) | X | -1 | Intervalo 0 | | V.Positivo | >0 | |
| 6.3. Alcanzar mano tras la espalda (centímetros) | <0 | 0 | X | | V.Positivo | >0 | |
| 6.4. Marcha 2 Minutos (# pasos completos) | <68 | 106 | Intervalo 68 a 100 | | X | >100 | |
| 6.5. Levantarse, caminar y volverse a sentar (segundos) | X | 10 | Intervalo 5 a 7 seg | | > Al Intervalo | < 5 | |

### 7. CONCEPTO PROFESIONAL

Persona mayor sin antecedentes patológicos relevantes reportados. Capacidad funcional valorada. Se recomienda mantener actividad física regular y seguimiento periódico.

| | |
|---|---|
| 8. NOMBRE DEL PROFESIONAL: | Norma Quiroga |
| 8.1. NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIDAD - FIRMA: | 52968298 |
| 9. NOMBRE DEL RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: | LUISA CAMILA GARCIA |
| 9.1. NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIDAD: | 1.096.957.543 |


Nota: Autorización para el tratamiento de datos personales: En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, me fue informado que la Secretaría Distrital de Integración Social – SDIS, es la responsable del tratamiento de mis datos personales recolectados y/o los del menor de edad que represento, y que podrá realizar operaciones sobre los mismos para las finalidades establecidas en su Política de tratamiento de datos personales, disponible en https://www.integracionsocial.gov.co/images/_docs/2022/politicas_publicas/Lineamiento_Politica_general_Seguridad_Privacidad_informacion.docx Entiendo que tengo derecho a entregar o no mis datos sensibles, que son aquellos que afectan la intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación. Por lo anterior, autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Integración Social para tratar los datos personales que se recolectarán mediante este registro. Entiendo que para revocar o modificar esta autorización, así como para consultar los datos allí almacenados, debo dirigirme a la SDIS a través de sus canales de atención a la ciudadanía.

## SECCIÓN 2. VALORACIÓN FÍSICA

| | |
|---|---|
| 1. NOMBRE UNIDAD OPERATIVA: | Centro de Cuidado Transitorio Quiroga |
| 2. FECHA DILIGENCIAMIENTO: | *8/06/2026* |

### 3. DATOS GENERALES

| | |
|---|---|
| 3.1. NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) PERSONA MAYOR: | CARLOS ALBERTO LEON PARRA |
| 3.2 NÚMERO DOCUMENTO IDENTIDAD: | 19278120 |

### 4. FRECUENCIA Y TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZA A LA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 a 2 días | | 2 a 3 días | | Más de 3 días | | De 4 a 6 días | X |
| No realiza Actividad Física | ¿Por qué?: | | | | | | |

### 5. ANTECEDENTES

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hospitalizaciones: | No reporta | Lesiones Físicas: | Ninguna reportada |
| Cirugías: | Ninguna | Fracturas o caídas: | No reporta caídas ni fracturas |
| Sistema Osteomuscular: | Sin antecedentes relevantes | | |
| Sistema Respiratorio: | Sin antecedentes respiratorios | | |

### 6.CUALIDADES FÍSICAS

| CLASIFICACIOÓN | REGULAR | Puntuación | ACEPTABLE | Puntuación | BUENA | Puntuación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6.1. 30s Sentarse y levantarse de una silla (cantidad de repeticiones) | < 10 | 21 | Intervalo 10 a 15 | | X | >15 | |
| 6.2. Sentado y alcanzar el pie extendido (centímetros) | X | -4 | Intervalo 0 | | V.Positivo | >0 | |
| 6.3. Alcanzar mano tras la espalda (centímetros) | <0 | 7 | Intervalo 0 | | X | >0 | |
| 6.4. Marcha 2 Minutos (# pasos completos) | <68 | 108 | Intervalo 68 a 100 | | X | >100 | |
| 6.5. Levantarse, caminar y volverse a sentar (segundos) | >7 | 7 | X | | > Al Intervalo | < 5 | |

### 7. CONCEPTO PROFESIONAL

Persona mayor sin antecedentes patológicos relevantes reportados. Capacidad funcional valorada. Se recomienda mantener actividad física regular y seguimiento periódico.

| | |
|---|---|
| 8. NOMBRE DEL PROFESIONAL: | Norma Quiroga |
| 8.1. NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIDAD - FIRMA: | 52968298 |
| 9. NOMBRE DEL RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: | LUISA CAMILA GARCIA |
| 9.1. NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIDAD: | 1.096.957.543 |


Nota: Autorización para el tratamiento de datos personales: En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, me fue informado que la Secretaría Distrital de Integración Social – SDIS, es la responsable del tratamiento de mis datos personales recolectados y/o los del menor de edad que represento, y que podrá realizar operaciones sobre los mismos para las finalidades establecidas en su Política de tratamiento de datos personales, disponible en https://www.integracionsocial.gov.co/images/_docs/2022/politicas_publicas/Lineamiento_Politica_general_Seguridad_Privacidad_informacion.docx Entiendo que tengo derecho a entregar o no mis datos sensibles, que son aquellos que afectan la intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación. Por lo anterior, autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Integración Social para tratar los datos personales que se recolectarán mediante este registro. Entiendo que para revocar o modificar esta autorización, así como para consultar los datos allí almacenados, debo dirigirme a la SDIS a través de sus canales de atención a la ciudadanía.

## SECCIÓN 2. VALORACIÓN FÍSICA

| | |
|---|---|
| 1. NOMBRE UNIDAD OPERATIVA: | Centro de Cuidado Transitorio Quiroga |
| 2. FECHA DILIGENCIAMIENTO: | *17/06/2026* |

### 3. DATOS GENERALES

| | |
|---|---|
| 3.1. NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) PERSONA MAYOR: | CESAR AUGUSTO MEDINA CAICEDO |
| 3.2 NÚMERO DOCUMENTO IDENTIDAD: | 19342910 |

### 4. FRECUENCIA Y TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZA A LA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 a 2 días | | 2 a 3 días | | Más de 3 días | X | De 4 a 6 días | |
| No realiza Actividad Física | ¿Por qué?: | | | | | | |

### 5. ANTECEDENTES

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hospitalizaciones: | No reporta | Lesiones Físicas: | Ninguna reportada |
| Cirugías: | Ninguna | Fracturas o caídas: | No reporta caídas ni fracturas |
| Sistema Osteomuscular: | Sin antecedentes relevantes | | |
| Sistema Respiratorio: | Sin antecedentes respiratorios | | |

### 6.CUALIDADES FÍSICAS

| CLASIFICACIOÓN | REGULAR | Puntuación | ACEPTABLE | Puntuación | BUENA | Puntuación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6.1. 30s Sentarse y levantarse de una silla (cantidad de repeticiones) | X | 9 | Intervalo 10 a 15 | | > Al Intervalo | >15 | |
| 6.2. Sentado y alcanzar el pie extendido (centímetros) | <0 | 6 | Intervalo 0 | | X | >0 | |
| 6.3. Alcanzar mano tras la espalda (centímetros) | <0 | 9 | Intervalo 0 | | X | >0 | |
| 6.4. Marcha 2 Minutos (# pasos completos) | <68 | 71 | X | | > Al Intervalo | >100 | |
| 6.5. Levantarse, caminar y volverse a sentar (segundos) | X | 10 | Intervalo 5 a 7 seg | | > Al Intervalo | < 5 | |

### 7. CONCEPTO PROFESIONAL

Persona mayor sin antecedentes patológicos relevantes reportados. Capacidad funcional valorada. Se recomienda mantener actividad física regular y seguimiento periódico.

| | |
|---|---|
| 8. NOMBRE DEL PROFESIONAL: | Norma Quiroga |
| 8.1. NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIDAD - FIRMA: | 52968298 |
| 9. NOMBRE DEL RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: | LUISA CAMILA GARCIA |
| 9.1. NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIDAD: | 1.096.957.543 |


Nota: Autorización para el tratamiento de datos personales: En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, me fue informado que la Secretaría Distrital de Integración Social – SDIS, es la responsable del tratamiento de mis datos personales recolectados y/o los del menor de edad que represento, y que podrá realizar operaciones sobre los mismos para las finalidades establecidas en su Política de tratamiento de datos personales, disponible en https://www.integracionsocial.gov.co/images/_docs/2022/politicas_publicas/Lineamiento_Politica_general_Seguridad_Privacidad_informacion.docx Entiendo que tengo derecho a entregar o no mis datos sensibles, que son aquellos que afectan la intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación. Por lo anterior, autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Integración Social para tratar los datos personales que se recolectarán mediante este registro. Entiendo que para revocar o modificar esta autorización, así como para consultar los datos allí almacenados, debo dirigirme a la SDIS a través de sus canales de atención a la ciudadanía.

## SECCIÓN 2. VALORACIÓN FÍSICA

| | |
|---|---|
| 1. NOMBRE UNIDAD OPERATIVA: | Centro de Cuidado Transitorio Quiroga |
| 2. FECHA DILIGENCIAMIENTO: | *18/06/2026* |

### 3. DATOS GENERALES

| | |
|---|---|
| 3.1. NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) PERSONA MAYOR: | CARLOS ARTURO ORTIZ BALLEN |
| 3.2 NÚMERO DOCUMENTO IDENTIDAD: | 19366708 |

### 4. FRECUENCIA Y TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZA A LA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 a 2 días | | 2 a 3 días | | Más de 3 días | | De 4 a 6 días | X |
| No realiza Actividad Física | ¿Por qué?: | | | | | | |

### 5. ANTECEDENTES

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hospitalizaciones: | No reporta | Lesiones Físicas: | Ninguna reportada |
| Cirugías: | Ninguna | Fracturas o caídas: | No reporta caídas ni fracturas |
| Sistema Osteomuscular: | Sin antecedentes relevantes | | |
| Sistema Respiratorio: | Sin antecedentes respiratorios | | |

### 6.CUALIDADES FÍSICAS

| CLASIFICACIOÓN | REGULAR | Puntuación | ACEPTABLE | Puntuación | BUENA | Puntuación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6.1. 30s Sentarse y levantarse de una silla (cantidad de repeticiones) | X | 6 | Intervalo 10 a 15 | | > Al Intervalo | >15 | |
| 6.2. Sentado y alcanzar el pie extendido (centímetros) | <0 | 3 | Intervalo 0 | | X | >0 | |
| 6.3. Alcanzar mano tras la espalda (centímetros) | X | -6 | Intervalo 0 | | V.Positivo | >0 | |
| 6.4. Marcha 2 Minutos (# pasos completos) | X | 44 | Intervalo 68 a 100 | | > Al Intervalo | >100 | |
| 6.5. Levantarse, caminar y volverse a sentar (segundos) | >7 | 7 | X | | > Al Intervalo | < 5 | |

### 7. CONCEPTO PROFESIONAL

Persona mayor sin antecedentes patológicos relevantes reportados. Capacidad funcional valorada. Se recomienda mantener actividad física regular y seguimiento periódico.

| | |
|---|---|
| 8. NOMBRE DEL PROFESIONAL: | Norma Quiroga |
| 8.1. NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIDAD - FIRMA: | 52968298  |
| 9. NOMBRE DEL RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: | LUISA CAMILA GARCIA |
| 9.1. NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIDAD: | 1.096.957.543 |

Nota: Autorización para el tratamiento de datos personales: En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, me fue informado que la Secretaría Distrital de Integración Social – SDIS, es la responsable del tratamiento de mis datos personales recolectados y/o los del menor de edad que represento, y que podrá realizar operaciones sobre los mismos para las finalidades establecidas en su Política de tratamiento de datos personales, disponible en https://www.integracionsocial.gov.co/images/_docs/2022/politicas_publicas/Lineamiento_Politica_general_Seguridad_Privacidad_informacion.docx Entiendo que tengo derecho a entregar o no mis datos sensibles, que son aquellos que afectan la intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación. Por lo anterior, autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Integración Social para tratar los datos personales que se recolectarán mediante este registro. Entiendo que para revocar o modificar esta autorización, así como para consultar los datos allí almacenados, debo dirigirme a la SDIS a través de sus canales de atención a la ciudadanía.

## SECCIÓN 2. VALORACIÓN FÍSICA

| | |
|---|---|
| 1. NOMBRE UNIDAD OPERATIVA: | Centro de Cuidado Transitorio Quiroga |
| 2. FECHA DILIGENCIAMIENTO: | *18/06/2026* |

### 3. DATOS GENERALES

| | |
|---|---|
| 3.1. NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) PERSONA MAYOR: | LUZ MARINA ROLDAN BETANCOURT |
| 3.2 NÚMERO DOCUMENTO IDENTIDAD: | 39417594 |

### 4. FRECUENCIA Y TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZA A LA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 a 2 días | | 2 a 3 días | | Más de 3 días | X | De 4 a 6 días | |
| No realiza Actividad Física | ¿Por qué?: | | | | | | |

### 5. ANTECEDENTES

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hospitalizaciones: | No reporta | Lesiones Físicas: | Ninguna reportada |
| Cirugías: | Ninguna | Fracturas o caídas: | No reporta caídas ni fracturas |
| Sistema Osteomuscular: | Sin antecedentes relevantes | | |
| Sistema Respiratorio: | Sin antecedentes respiratorios | | |

### 6.CUALIDADES FÍSICAS

| CLASIFICACIOÓN | REGULAR | Puntuación | ACEPTABLE | Puntuación | BUENA | Puntuación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6.1. 30s Sentarse y levantarse de una silla (cantidad de repeticiones) | < 10 | 21 | Intervalo 10 a 15 | | X | >15 | |
| 6.2. Sentado y alcanzar el pie extendido (centímetros) | <0 | 2 | Intervalo 0 | | X | >0 | |
| 6.3. Alcanzar mano tras la espalda (centímetros) | X | -3 | Intervalo 0 | | V.Positivo | >0 | |
| 6.4. Marcha 2 Minutos (# pasos completos) | X | 48 | Intervalo 68 a 100 | | > Al Intervalo | >100 | |
| 6.5. Levantarse, caminar y volverse a sentar (segundos) | >7 | 7 | X | | > Al Intervalo | < 5 | |

### 7. CONCEPTO PROFESIONAL

Persona mayor sin antecedentes patológicos relevantes reportados. Capacidad funcional valorada. Se recomienda mantener actividad física regular y seguimiento periódico.

| | |
|---|---|
| 8. NOMBRE DEL PROFESIONAL: | Norma Quiroga |
| 8.1. NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIDAD - FIRMA: | 52968298 |
| 9. NOMBRE DEL RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: | LUISA CAMILA GARCIA |
| 9.1. NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIDAD: | 1.096.957.543 |

Nota: Autorización para el tratamiento de datos personales: En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, me fue informado que la Secretaría Distrital de Integración Social – SDIS, es la responsable del tratamiento de mis datos personales recolectados y/o los del menor de edad que represento, y que podrá realizar operaciones sobre los mismos para las finalidades establecidas en su Política de tratamiento de datos personales, disponible en https://www.integracionsocial.gov.co/images/_docs/2022/politicas_publicas/Lineamiento_Politica_general_Seguridad_Privacidad_informacion.docx Entiendo que tengo derecho a entregar o no mis datos sensibles, que son aquellos que afectan la intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación. Por lo anterior, autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Integración Social para tratar los datos personales que se recolectarán mediante este registro. Entiendo que para revocar o modificar esta autorización, así como para consultar los datos allí almacenados, debo dirigirme a la SDIS a través de sus canales de atención a la ciudadanía.

## SECCIÓN 2. VALORACIÓN FÍSICA

| | |
|---|---|
| 1. NOMBRE UNIDAD OPERATIVA: | Centro de Cuidado Transitorio Quiroga |
| 2. FECHA DILIGENCIAMIENTO: | *18/06/2026* |

### 3. DATOS GENERALES

| | |
|---|---|
| 3.1. NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) PERSONA MAYOR: | IRMA LUCIA SOTELO |
| 3.2 NÚMERO DOCUMENTO IDENTIDAD: | 51640155 |

### 4. FRECUENCIA Y TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZA A LA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 a 2 días | | 2 a 3 días | | Más de 3 días | X | De 4 a 6 días | |
| No realiza Actividad Física | ¿Por qué?: | | | | | | |

### 5. ANTECEDENTES

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hospitalizaciones: | No reporta | Lesiones Físicas: | Ninguna reportada |
| Cirugías: | Ninguna | Fracturas o caídas: | No reporta caídas ni fracturas |
| Sistema Osteomuscular: | Sin antecedentes relevantes | | |
| Sistema Respiratorio: | Sin antecedentes respiratorios | | |

### 6.CUALIDADES FÍSICAS

| CLASIFICACIOÓN | REGULAR | Puntuación | ACEPTABLE | Puntuación | BUENA | Puntuación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6.1. 30s Sentarse y levantarse de una silla (cantidad de repeticiones) | < 10 | 22 | Intervalo 10 a 15 | | X | >15 | |
| 6.2. Sentado y alcanzar el pie extendido (centímetros) | X | -5 | Intervalo 0 | | V.Positivo | >0 | |
| 6.3. Alcanzar mano tras la espalda (centímetros) | <0 | 0 | X | | V.Positivo | >0 | |
| 6.4. Marcha 2 Minutos (# pasos completos) | <68 | 89 | X | | > Al Intervalo | >100 | |
| 6.5. Levantarse, caminar y volverse a sentar (segundos) | X | 15 | Intervalo 5 a 7 seg | | > Al Intervalo | < 5 | |

### 7. CONCEPTO PROFESIONAL

Persona mayor sin antecedentes patológicos relevantes reportados. Capacidad funcional valorada. Se recomienda mantener actividad física regular y seguimiento periódico.

| | |
|---|---|
| 8. NOMBRE DEL PROFESIONAL: | Norma Quiroga |
| 8.1. NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIDAD - FIRMA: | 52968298 |
| 9. NOMBRE DEL RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: | LUISA CAMILA GARCIA |
| 9.1. NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIDAD: | 1.096.957.543 |

Nota: Autorización para el tratamiento de datos personales: En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, me fue informado que la Secretaría Distrital de Integración Social – SDIS, es la responsable del tratamiento de mis datos personales recolectados y/o los del menor de edad que represento, y que podrá realizar operaciones sobre los mismos para las finalidades establecidas en su Política de tratamiento de datos personales, disponible en https://www.integracionsocial.gov.co/images/_docs/2022/politicas_publicas/Lineamiento_Politica_general_Seguridad_Privacidad_informacion.docx Entiendo que tengo derecho a entregar o no mis datos sensibles, que son aquellos que afectan la intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación. Por lo anterior, autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Integración Social para tratar los datos personales que se recolectarán mediante este registro. Entiendo que para revocar o modificar esta autorización, así como para consultar los datos allí almacenados, debo dirigirme a la SDIS a través de sus canales de atención a la ciudadanía.

## SECCIÓN 2. VALORACIÓN FÍSICA

| | |
|---|---|
| 1. NOMBRE UNIDAD OPERATIVA: | Centro de Cuidado Transitorio Quiroga |
| 2. FECHA DILIGENCIAMIENTO: | *18/06/2026* |

### 3. DATOS GENERALES

| | |
|---|---|
| 3.1. NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) PERSONA MAYOR: | RAFAEL ALBERTO MENDOZA ALARCON |
| 3.2 NÚMERO DOCUMENTO IDENTIDAD: | 91214618 |

### 4. FRECUENCIA Y TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZA A LA SEMANA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 a 2 días | | 2 a 3 días | | Más de 3 días | X | De 4 a 6 días | |
| No realiza Actividad Física | ¿Por qué?: | | | | | | |

### 5. ANTECEDENTES

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hospitalizaciones: | No reporta | Lesiones Físicas: | Ninguna reportada |
| Cirugías: | Ninguna | Fracturas o caídas: | No reporta caídas ni fracturas |
| Sistema Osteomuscular: | Sin antecedentes relevantes | | |
| Sistema Respiratorio: | Sin antecedentes respiratorios | | |

### 6.CUALIDADES FÍSICAS

| CLASIFICACIOÓN | REGULAR | Puntuación | ACEPTABLE | Puntuación | BUENA | Puntuación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6.1. 30s Sentarse y levantarse de una silla (cantidad de repeticiones) | < 10 | 16 | Intervalo 10 a 15 | | X | >15 | |
| 6.2. Sentado y alcanzar el pie extendido (centímetros) | <0 | 1 | Intervalo 0 | | X | >0 | |
| 6.3. Alcanzar mano tras la espalda (centímetros) | <0 | 3 | Intervalo 0 | | X | >0 | |
| 6.4. Marcha 2 Minutos (# pasos completos) | <68 | 80 | X | | > Al Intervalo | >100 | |
| 6.5. Levantarse, caminar y volverse a sentar (segundos) | X | 10 | Intervalo 5 a 7 seg | | > Al Intervalo | < 5 | |

### 7. CONCEPTO PROFESIONAL

Persona mayor sin antecedentes patológicos relevantes reportados. Capacidad funcional valorada. Se recomienda mantener actividad física regular y seguimiento periódico.

| | |
|---|---|
| 8. NOMBRE DEL PROFESIONAL: | Norma Quiroga |
| 8.1. NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIDAD - FIRMA: | 52968298 |
| 9. NOMBRE DEL RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: | LUISA CAMILA GARCIA |
| 9.1. NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIDAD: | 1.096.957.543 |


Nota: Autorización para el tratamiento de datos personales: En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, me fue informado que la Secretaría Distrital de Integración Social – SDIS, es la responsable del tratamiento de mis datos personales recolectados y/o los del menor de edad que represento, y que podrá realizar operaciones sobre los mismos para las finalidades establecidas en su Política de tratamiento de datos personales, disponible en https://www.integracionsocial.gov.co/images/_docs/2022/politicas_publicas/Lineamiento_Politica_general_Seguridad_Privacidad_informacion.docx Entiendo que tengo derecho a entregar o no mis datos sensibles, que son aquellos que afectan la intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación. Por lo anterior, autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Integración Social para tratar los datos personales que se recolectarán mediante este registro. Entiendo que para revocar o modificar esta autorización, así como para consultar los datos allí almacenados, debo dirigirme a la SDIS a través de sus canales de atención a la ciudadanía.