| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br><br>FORMATO RECEPCIÓN DE CASOS CENTROS CRECER | Código: FOR-PSS-205<br>Versión: 1<br>Fecha: Memo I2021036288 – 26/11/2021<br>Página: 1 de 2 |
|---|---|---|

| Modalidad: Centros Crecer | | | Fecha de recepción | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Unidad operativa: Centro Crecer Balconcito | | | 26 | 08 | 2021 |
| Localidad | Dirección | | | | |
| San Cristobal | Calle 11 sur 1 B 10 Este | | | | |
| Teléfono | 3808330 | Extensión | 6747. | | |
| Nombre del profesional | Maria Jimena Pedraza | | | | |
| Cargo | Trabajo Social | | | | |

| ¿Caso remitido? | | Nombre del Servicio o Entidad | Solicitud directa | |
|---|---|---|---|---|
| Sí | No | | Sí | No |

| Datos de Identificación de la persona con discapacidad. | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombres | | |
| Vasquez | Castro | Santiago Andres. | | |
| Tipo de documento | No. de documento | Edad | | |
| TI | 1021 687 287 | Años 9 | Meses 10 | Días 26 |
| Tipo de Discapacidad | Diagnósticos Asociados | Teléfono de contacto | | |
| Multiple | Parálisis Cerebral Espastica. | 3123158408 - 3134079195 | | |
| Departamento | Ciudad | Barrio | Dirección Residencia | |
| Cundinamarca | Bogotá | Bello Horizonte | calle 30 sur C 1 A 67. | |

| Datos de Identificación del Referente Familiar | | |
|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombres |
| Castro | Vargas | Yenny Patricia |
| Tipo de documento | No. de documento | Teléfono de contacto |
| C.C. | 52729143 | 3134079195 |

| Determinación del caso | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ¿Población Objetivo? | | ¿Se programa visita de validación de condiciones? (En caso afirmativo se debe diligenciar el formato de validación de condiciones FOR-PSS-106) | | Fecha | | |
| Sí | No | Sí | No | 26 | 08 | 2021 |
| Se remite caso (En caso afirmativo se debe diligenciar el formato de remisión de personas con discapacidad FOR-PSS-197) | | Institución o servicio al que se remite | | | | |
| Sí | No | | | | | |

| Observaciones |
|---|
| Se recibe solicitud de recepción de caso mediante derecho de peticion para un posible ingreso N° 3850852024. por la cual se realiza visita en la dirección de la vivienda para verificar las condiciones en los que se encuentra Santiago Andres Vasquez Castro. |

Firmas

| Profesional | Coordinador Unidad operativa | Referente familiar |
|---|---|---|
| Nombre<br>Mario Zorpena | Nombre<br>Christian David Muñoz Forero | Nombre<br>Jenny Castro |
| Firma | Firma | Firma |
| T.P.<br>803737 66 | No. ID<br>1.018.432.433. | No. ID<br>52729143. |

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

**ACTA N° 220**

FECHA: Bogotá, 26/08/2024

HORA: 12:30 am

LUGAR: Calle 30 C sur 1A 67 sur

TEMA: Seguimiento caso Derecho de peticion N. 3850852024.

ASISTENTES: Yenny Patricia castro Vargas, Maria Jimenez, Nataly Hoyos Christian Muñoz

ORDEN DEL DÍA:
- Visita al lugar de repidencia caso derecho de peticion N 3850852024.

DESARROLLO:

Se realiza visita a la direccion calle 30 C sur 1A 67 sur con el fin de verificar el lugar y estado en que se encuentra la vivienda en donde vive Santiago Andres Vasquez castro, la visita es atendida por la señora Yenny patricia castro Vargas, que es la progenitora y que ha solicitado el servicio mediante derecho de peticion para ser atendida en los centros crecer. Por otra parte la señora yenny manifiesta que se encuentra en terapias por parte

de la EPS. Sanitas por lo cual las terapias las realiza en la fundación sexto sentido los días Miercoles y Viernes en el horario de 8:00 am a 12:00 m y se encuentra pendiente de valoración para ingreso en el CRAC; por otra parte su progenitora manifiesta que esta interesada en el servicio de los centros crecer y asistirá para valoración por parte del equipo profesional del Centro Crecer Balcanes para el día Jueves en el horario de 9:00 am a 10:30 am.

- Por otra parte manifiesta que esta a la espera de la respuesta que le brinde el CRAC. para de esta manera poder tomar una desición al respecto. Si ingresa o no al centro crecer Balcanes.

Compromisos:

| Compromisos | Responsables | Fecha de Ejecución |
|---|---|---|
| Asistir al centro crecer | madre. | 29/08/2024. |
| | | |

CONVOCATORIA. Se propone una nueva reunión para el día ___ de ___ de 20___.

En constancia de lo anterior firman:

| Nombres y Apellidos | Cargo o Tipo de vinculación | Dependencia | Firma |
|---|---|---|---|
| Yenny Castro | Mamá | | |
| Natally Hoyos C. | Psicóloga | C. C. Balcanes | |
| María Jimenez | T. Social | CC Balcanes | |
| Christian David Muñoz Pico | Coordinación | C.C. Balcanes | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Anexos: Formato visita, certificado de discapacidad. Tarjeta de identidad. Total Folios (8)).
Elaboró: María Jimenez

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

**PROCESO PRESTACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES**

**FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA**

| | |
|---|---|
| Código: | FOR-PSS-010 |
| Versión: | 2 |
| Fecha: | Memo INT 43362 - 3/08/2018 |
| Página | 1 de 4 |

| NOMBRE DEL SERVICIO SOCIAL | CODIGO - Nº PROYECTO | NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA O SUBDIRECCION | FECHA VISITA | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | DIA | MES | AÑO | HORA |
| CENTROS CRECER | 9047 | CENTRO CRECER BALCANES | 26 | 08 | 2014 | 9:00am |

## Capitulo A. MOTIVO DE LA VISITA

| VALIDACIÓN DE CONDICIONES PARA: | | | | MOTIVO | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INGRESO | X | OTRO. | | INCONSISTENCIA DE LA INFORMACIÓN | | POR EXCEPCION | |
| TRASLADO | | CUAL? | | AMPLIACION DE INFORMACIÓN | X | OTRO | |
| PERMANENCIA | | | | CUAL? | | | |

## Capitulo B. DATOS BASICOS DEL BENEFICIARIO-A

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Virguez | Castro | Santiago | Andres |

| NOMBRE IDENTITARIO | SEXO |
|---|---|
| | X HOMBRE ☐ MUJER ☐ INTERSEXUAL |

| TIPO DE DOCUMENTO | | | | | | NUMERO DE DOCUMENTO | FECHA DE NACIMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RC | | T.I | X | C.C. | | | DIA | MES | AÑO |
| NUIP | | C.E | | NO TIENE | | 1021687287 | 29 | 09 | 2014 |

## Capitulo C. SITUACION DEL BENEFICIARIO

| SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | SITUACIÓN DEL PARTICIPANTE | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ¿ESTA AFILIADO A SEGURIDAD SOCIAL? | SI X | NO | RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL | | | CALIDAD DEL BENEFICIARIO | | SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD | |
| Sanitas | | | CONTRIBUTIVO | X | ESPECIAL | BENEFICIARIO | | DESPLAZAMIENTO | PROSTITUCION |
| | | | SUBSIDIADO | | | COTIZANTE | X | MENDICIDAD | OTRO |
| | | | | | | | | DESEMPLEO | |

| ESTADO DE SALUD | | | | RED DE APOYO |
|---|---|---|---|---|
| ¿EL BENEFICIARIO PRESENTA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA? | SI | NO | | CUENTA CON RED DE APOYO X SI ☐ NO |
| SI X NO ☐ | | SI | NO | TIPO |
| ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA | ¿ESTÁ ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO? | | X | FAMILIAR X |
| Paralisis Cerebral Espastica | ¿ACTUALMENTE TOMA DEDICAMENTOS? | X | | INSTITUCIONAL |
| | ¿TIENE SOPORTES QUE VERIFIQUEN EL CONSUMO DE ESTOS MEDICAMENTOS? | X | | OTRAS |
| | | | | CUAL? |

## Capitulo D. DISCAPACIDAD

| ¿EL BENEFICIARIO PRESENTA DISCAPACIDAD? | SI | NO |
|---|---|---|
| | X | |
| ¿ESTA CERTIFICADA? | X | |

| TIPO DE DISACAPACIDAD |
|---|
| Multiple |

| FUNCIONALIDAD DEL BENEFICIARIO | | | |
|---|---|---|---|
| ACTIVIDADES | INDEPENDIENTE | SEMI DEPENDIENTE | DEPENDIENTE |
| ALIMENTARSE | | | X |
| ASEARSE | | | X |
| MOVERSE | | | X |
| MOVERSE EN CALLE | | | X |

* Marque con (X)

| ¿UTILIZA AYUDAS TÉCNICAS? | SI | NO |
|---|---|---|
| BASTÓN | | X |
| MULETAS | | X |
| SILLA DE RUEDAS | X | |
| OTRO CUAL? | | |

## Capitulo E. DATOS DE LA FAMILIA

| DIRECCION DEL DOMICILIO | TELEFONO | BARRIO | LOCALIDAD | UBICACIÓN GEOGRAFICA | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|---|
| | 3123158408 | | | X URBANO | |
| Calle 30C sur #1A-67 | CELULAR 3134079195 | Bello Horizonte | San Cristobal | ☐ RURAL | 2 |

| NOMBRE DE LA PERSONA QUE ATIENDE VISITA | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO | VIVE CON EL BENEFICIARIO |
|---|---|---|---|
| Yenny Patricia Castro Vargas | 52729143 | | X SI ☐ NO |

| NOMBRE DEL CIUDADOR O RESPONSABLE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, NNA O PERSONA MAYOR: | | DOCUMENTO DEL CIUDADOR O RESPONSABLE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, NNA O PERSONA MAYOR: | |
|---|---|---|---|
| Yenny Patricia Castro Vargas | NO APLICA | 52729143 | NO APLICA |

**TIPO DE FAMILIA**

☐ UNIPERSONAL ☐ COMPUESTA ☐ NUCLEAR ☐ HOMOPARENTAL ☐ MONOPARENTAL X EXTENSA ☐ PAREJA SIN HIJOS-AS ☐ SIMULTÀNEAS

No. Pers. Que Conviven: 4

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONSUMA SPA? | | X |
| ¿EN EL NUCLEO FAMILIAR ACTUALMENTE EXISTE ALGUNA ADOLESCENTE GESTANTE? | | X |

NOMBRES DE LA ADOLESCENTE: _____

¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS? Pensión mensual del abuelo.

PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES DEL NUCLEO FAMILIAR: $2'500.000

¿CUÁL ES LA PERIODICIDAD DE LOS INGRESOS? ☐ DIARIA ☐ SEMANAL ☐ QUINCENAL X MENSUAL ☐ OTRO

## Capitulo F. DESCRIPCION DE LA VIVIENDA

### TIPO DE VIVIENDA

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CASA O APARTAMENTO | X | CAMBUCHE | | REFUGIO NATURAL | | RIVERA DEL RIO | | CASA LOTE | | RANCHO | |
| CUARTO O CUARTOS | | PARCHE | | VIVIENDA MOVIL | | CAÑO | | RESIDENCIA | | FINCA | |
| INQUILINATO | | PUENTE | | INSTITUCION | | CALLE | | LUGAR DE TRABAJO | | | |

### TENENCIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| PROPIA | | OTRA | |
| ARRENDADA | X | CUAL | |
| AMORTIZANDO | | | |

### FORMA DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| DIARIA | | MENSUAL | X |
| SEMANAL | | OTRO | |
| QUINCENAL | | CUAL | |

### ESTADO DE LA VIVIENDA

| | |
|---|---|
| CONSTRUIDA | |
| EN CONSTRUCCION | |
| OBRA NEGRA | |

### CONDICION DE LA VIVENDA

| | | | |
|---|---|---|---|
| RUINA | | ACEPTABLE | |
| DEMOLICION | | | |
| BUEN ESTADO | | | |

### SERVICIOS PUBLICOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| AGUA | X | ACUEDUCTO | X | ALUMBRADO PUBLICO | X |
| LUZ | X | GAS NATURAL | X | ALCANTARILLADO | X |
| TELEFONO | | ASEO | X | | |

### ILUMINACION

| | |
|---|---|
| BUENA | X |
| REGULAR | |
| MALA | |

### VENTILACION

| | |
|---|---|
| BUENA | X |
| REGULAR | |
| MALA | |

### ASEO

| | |
|---|---|
| BUENA | X |
| REGULAR | |
| MALA | |

### PISOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| MADERA | | BALDOSA | X |
| TIERRA | | OTRO | |
| CEMENTO | | CUAL | |

### PAREDES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| LADRILLOS | X | ADOBE | | OTRO | |
| LATAS | | CARTON | | CUAL? | |
| MADERA | | POLISOMBRA | | | |

### TECHO

| | | | |
|---|---|---|---|
| TEJA | | OTRO | |
| TELA | | CUAL? | |
| PLANCHA | X | | |

### TIPO DE ENERGIA UTILIZADA PARA COCINAR

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| GAS NATURAL | X | COCINOL | | CUAL | |
| GAS PROPANO | | CARBON | | | |
| ELECTRICIDAD | | OTRO | | | |

### ESPACIOS

| | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HABITACIONES | 2 | 1 | COMEDORES | 1 | | PATIOS | 0 | |
| COCINAS | 1 | | SALAS | 0 | | | | |
| BAÑOS | 1 | | LAVADEROS | 1 | | | | |

### PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA

| | | |
|---|---|---|
| DOMESTICOS | X | CUAL? Gato |
| VECTORES | | |
| OTRO | | |

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿COCINA DENTRO DE LA HABITACIÓN DONDE DUERME? | | X |
| ¿SE EVIDENCIA PRESENCIA DE ALCOHOL, COLILLAS DE CIGARRILLO O SPA? | | X |
| ¿SE EVIDENCIA ACUMULACION DE MATERIAL RECICLADO? | | X |
| ¿VIVE EN EL MISMO SITIO DE TRABAJO? | | X |

## Capitulo G. ENTORNO

### SE OBSERVA EN EL ENTORNO ALGUNO(S) DE LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| EXPENDIO DE DROGAS | | ZONA DE PROSTITUCION | | CUAL |
| BASURERO | X | ZONA DE RIESGO FÍSICO(deslizamiento, inundación) | | |
| AGUAS NEGRAS | | OTRO | | |

### ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO

| | |
|---|---|
| | PENDIENTES Y NO LLEGAN VEHICULOS |
| | EN RUINA |
| | DESTAPADA |
| X | PAVIMENTADO |

## Capitulo H. OBSERVACIONES DE CONDICIONES HABITACIONALES ANTERIORMENTE DESCRITAS

Es una vivienda en arriendo, lo cual consta de dos habitaciones, cocina, baño, lavadero, buena iluminación, en buen estado, buen aseo. Santiago Andres vive con su progenitora y sus abuelos maternos.

## Capitulo I. RIESGOS IDENTIFICADOS

| | SI | NO | | SI | NO | | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PSICOSOCIAL | | X | ABANDONO | | X | OTRO | | |
| ECONOMICO | | X | DESALOJO | | X | CUAL? | | |

OBSERVACIONES

## Capitulo J. CONCEPTO PROFESIONAL

### PROBLEMÁTICA

Santiago Andres Vasquez de 9 años de edad, quien presenta discapacidad multiple, quien no se encuentra vinculado a ninguna institucion de la secretaria distrital de integracion social.

### REFERENCIACIONES

REFERENCIACIONES A UN PROYECTO SDIS: SI [X] NO [ ]

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INTEGRANTE | Santiago Andres V. | PROYECTO | 8047 | MODALIDAD | Centros Crecer | U. OPERATIVA | C.C. Balcanes |
| INTEGRANTE | | PROYECTO | | MODALIDAD | | U. OPERATIVA | |
| INTEGRANTE | | PROYECTO | | MODALIDAD | | U. OPERATIVA | |
| INTEGRANTE | | PROYECTO | | MODALIDAD | | U. OPERATIVA | |
| INTEGRANTE | | PROYECTO | | MODALIDAD | | U. OPERATIVA | |
| INTEGRANTE | | PROYECTO | | MODALIDAD | | U. OPERATIVA | |
| INTEGRANTE | | PROYECTO | | MODALIDAD | | U. OPERATIVA | |
| INTEGRANTE | | PROYECTO | | MODALIDAD | | U. OPERATIVA | |
| INTEGRANTE | | PROYECTO | | MODALIDAD | | U. OPERATIVA | |
| INTEGRANTE | | PROYECTO | | MODALIDAD | | U. OPERATIVA | |
| INTEGRANTE | | PROYECTO | | MODALIDAD | | U. OPERATIVA | |

REFERENCIACION A OTRA ENTIDAD: SI [ ] NO [X]

| | | | |
|---|---|---|---|
| INTEGRANTE | | ¿CUAL? | |
| INTEGRANTE | | ¿CUAL? | |
| INTEGRANTE | | ¿CUAL? | |
| INTEGRANTE | | ¿CUAL? | |
| INTEGRANTE | | ¿CUAL? | |
| INTEGRANTE | | ¿CUAL? | |
| INTEGRANTE | | ¿CUAL? | |
| INTEGRANTE | | ¿CUAL? | |
| INTEGRANTE | | ¿CUAL? | |

## Capitulo J. CONCEPTO PROFESIONAL

### CONCEPTO TECNICO

Santiago Andres Virguez Castro, con 9 años de edad presenta discapacidad multiple, requiere de apoyo para caminar, reside en la localidad de San Cristobal en el barrio bella horizonte de la ciudad de bogota, con su Familia y se considero que a traves del servicio centros crecer, se pueden generar acciones de atencion integral que vayan en pro de su independencia y fortaleza habilidades y capacidades que le permitan generar acciones de inclusion al entorno escolar.

## Capitulo K. FIRMAS

FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Yenny Castro

NOMBRE DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

52729143

NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Nataly H.

NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

1077477144

NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Fecha de diligenciamiento: 30/08/2024
Nombre de la persona: SANTIAGO ANDRES VIRGUEZ CASTRO
Documento de identificación: 1021687287

Tabla 1. Escala de ponderación para la determinación de apoyos

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Aprendizaje y conocimiento | | | | |
| Requiere apoyo para la percepción de la información desde diferentes canales sensoriales (visual, auditivo y táctil) | 0 | **1** | 2 | 3 |
| 1.1. Requiere apoyo para mantener la atención en una actividad | 0 | 1 | **2** | 3 |
| 1.2. Requiere apoyo para ejecutar instrucciones en un entorno. | 0 | 1 | **2** | 3 |
| 1.3. Requiere apoyo para hacer uso de estrategias para resolver problemas. | 0 | 1 | 2 | **3** |
| 1.4. Requiere apoyo para ejecutar acciones secuenciales de dos o más comandos. | 0 | 1 | 2 | **3** |
| 2. Comunicación, lenguaje y pensamiento | | | | |
| 2.1. Requiere apoyo para recepcionar el mensaje de forma verbal o no verbal. | **0** | 1 | 2 | 3 |
| 2.2. Requiere apoyo para comprender e interpretar señales, signos y símbolos, pictogramas entre otros. | 0 | 1 | 2 | **3** |
| 2.3. Requiere apoyo para comunicarse de forma verbal o no verbal (movimientos corporales o gestuales, lengua de señas, tableros de comunicación, dispositivos entre otros). | **0** | 1 | 2 | 3 |
| 2.4. Requiere apoyo para lograr estructurar una frase con contenido y sentido. | 0 | **1** | 2 | 3 |
| 2.5. Requiere apoyo para producir mensajes verbales o escritos. | 0 | 1 | **2** | 3 |
| 3. Vida cotidiana | | | | |
| 3.1. Requiere apoyo para alimentarse de manera independiente. | 0 | 1 | 2 | **3** |
| 3.2. Requiere apoyo para realizar las actividades de higiene personal. | 0 | 1 | 2 | **3** |
| 3.3. Requiere apoyo para realizar acciones para el control de esfínter. | 0 | 1 | 2 | **3** |
| 3.4. Requiere apoyo para realizar actividades para la limpieza y organización de espacios. | 0 | 1 | 2 | **3** |
| 3.5. Requiere apoyo para desenvolverse de manera independiente en la calle. | 0 | 1 | 2 | **3** |
| 4. Participación Social | | | | |
| 4.1. Requiere apoyo para establecer relaciones con otras personas de su entorno. | 0 | 1 | **2** | 3 |
| 4.2. Requiere apoyo para el manejo de las emociones. | 0 | **1** | 2 | 3 |
| 4.3. Requiere apoyo para seguir y hacer uso de normas sociales de acuerdo con el entorno donde se encuentra. | 0 | 1 | **2** | 3 |
| 4.4. Requiere apoyo para interactuar en diferentes entornos. | 0 | 1 | **2** | 3 |
| 4.5. Requiere apoyo para reconocerse como sujeto de derechos y deberes | 0 | 1 | 2 | **3** |
| 5. Movilidad | | | | |
| 5.1. Requiere apoyo para transferir o realizar cambios de posición (acostarse, sentarse, ponerse de pie). | 0 | 1 | 2 | **3** |
| 5.2. Requiere apoyo para manipular objetos. | 0 | 1 | 2 | **3** |
| 5.3. Requiere apoyo para desplazarse en su entorno cotidiano. | 0 | 1 | 2 | **3** |
| 5.4. Requiere apoyo para movilizarse de un sitio a otro en la comunidad. | 0 | 1 | 2 | **3** |
| 5.5. Requiere apoyo para el uso de medios de transporte público. | 0 | 1 | 2 | **3** |

Tabla 2. Matriz ponderación de apoyos

| MATRIZ PONDERACIÓN DE APOYOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CATEGORÍAS | APOYO | | | | | CÁLCULOS | | | | |
| | Pregunta 1 | Pregunta 2 | Pregunta 3 | Pregunta 4 | Pregunta 5 | SUMA | CÁLCULO | | TIPO APOYO | EQUIVALENCIA NUMÉRICA |
| | | | | | | | DIVISIÓN | RESULTADO | | |
| Categoría 1. Aprendizaje y conocimiento | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 11 | 15 | 73% | EXTENSO | 3 |
| Categoría 2. Comunicación, lenguaje y pensamiento | 0 | 3 | 0 | 1 | 2 | 6 | 12 | 50% | LIMITADO | 2 |
| Categoría 3. Independencia y autonomía | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 15 | 15 | 100% | GENERALIZADO | 4 |
| Categoría 4. Participación social | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 10 | 15 | 66% | EXTENSO | 3 |
| Categoría 5. Movilidad | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 15 | 15 | 100% | GENERALIZADO | 4 |
| Concepto técnico:<br>Dada la valoración de sistemas de apoyo para SANTIAGO ANDRES VIRGUEZ CASTRO, se evidencia que requiere de un sistema extenso con requerimiento del 80% de asistencia en sus actividades de la vida diaria, ya que se le dificulta mantener la atención en una actividad, al igual que seguir instrucciones sencillas y complejas, así como también hacer uso de estrategias para resolver problemas y realizar tareas secuenciales, por otro lado frente a su comunicación es importante rescatar que se comunica de forma verbal utilizando un lenguaje claro y con frases estructuradas en contenido y sentido, sin embargo se le dificulta comprender e interpretar señales signos y pictogramas dado su diagnóstico y discapacidad visual. Requiere asistencia total para la ejecución de actividades básicas de la vida diaria tales como, higiene mayor y menor, alimentación, control de esfínteres, actividades de autocuidado y cuidado de su entorno, frente a su desempeño motor y movilidad realiza semi rolados aunque no logra ejecutar transferencias completas, de igual forma se le dificulta manipular objetos, desplazarse para explorar su entorno cotidiano, movilizarse en su comunidad y en medios de transporte, finalmente dentro de su participación social logra reconocer y gestionar sus emociones, no obstante se le dificulta interactuar con personas ajenas a su entorno inmediato, interactuar en diferentes contextos, hacer uso de normas sociales y reconocerse como sujeto de derechos. | | | | | | | | SUMA GENERAL | DIVISIÓN GENERAL |
| Nombre del Profesional: Laura Camila Gómez Galindo<br>Cargo Fisioterapeuta:<br>Firma: | | | | | | | | | 16 | 20 |
| APOYO GENERAL OBTENIDO = EXTENSO | | | | | | | | | CÁLCULO 16*100/20 | RESULTADO 80% |

"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 podrá realizar operaciones sobre los mismos para las finalidades establecidas en su Política de tratamiento de datos personales, disponible en la página web de la entidad. Entiendo que tengo derecho a entregar o no datos sensibles, que son aquellos que afectan mi 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"

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL<br><br>FORMATO VERIFICACIÓN POBLACIÓN OBJETIVO Y CRITERIOS DE PRIORIZACION CENTROS CRECER | Código: FOR-PSS-281<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo I2019025131 – 21/05/2019<br>Página: 1 de 5 |
|---|---|---|

Fecha de Diligenciamiento: 30/08/2024 Servicio social al cual se direcciona _____

| 1. Datos de identificación | | |
|---|---|---|
| Nombres y apellidos: Santiago Andres Virguez Cortes | Tipo / No documento: 1021687287 | Edad 9. |
| Sexo Hombre. | Tipo de discapacidad: Multiple – paralisis celebral espastico. | |
| Nombre profesional: Cristina Lorena Ramirez Sierra<br>Registro médico 1019032807<br>Fecha de certificado de discapacidad: 23/04/2024.<br>Diagnóstico médico expedido por la EPS de afiliación, con una vigencia no mayor a (1) año. (anexar copia) | | |
| Tiene Sisben: No ☒ Si ☐ (anexar copia) | Puntaje Sisbén<br>No cuento con sisben | |
| Sistema de apoyo requerido por la persona con discapacidad: General sistema extenso 80% | Fecha de evaluación del sistema de apoyos: 30/08/2024 (anexar formato diligenciado) | |
| Nivel educativo: Preescolar ☐ Básica primaria ☐ Básica secundaria y media ☐ Ninguno ☒ | | |
| Datos de ubicación | | |

| Dirección: | Teléfono: | Barrio: | Tiempo de permanencia en el barrio: |
|---|---|---|---|
| Calle 30 c sur # 1 17 – 67 | 3123158408<br>3134074195 | Bello Horizonte | ☐ menor a 3 meses<br>☐ 6 meses – 1 año,<br>☒ 1 – 5 años<br>☐ mayor a 5 años |

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL<br>FORMATO VERIFICACIÓN POBLACIÓN OBJETIVO Y CRITERIOS DE PRIORIZACION CENTROS CRECER | Código: FOR-PSS-281<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo I2019025131 – 21/05/2019<br>Página: 2 de 5 |
|---|---|---|

| Localidad: San Cristobal | Estrato: 2 | UPZ: 34 | Zona R ☐ U ☒ |
|---|---|---|---|

2. Información de los otros miembros del hogar de la persona con discapacidad

| No. | Tipo y No. documento | Nombres y apellidos | Parentesco | Sexo | Edad | ¿Tiene discapacidad? | ¿Cuál fue su actividad principal en el último mes? | Horas que dedica a la actividad principal | Ingresos mensuales |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 52729143 | Yenny patricia Castro Vargas | madre | mujer | 42 | NO | NO | No | NO. |
| 2 | 41776772 | Fanny Vargas | Abuela | mujer | 65 | NO | pensionada | NO | 1250.000 |
| 3 | 19389289 | Daniel Castro | Abuelo | hombre | 65 | NO | pensionado | NO | 1.250.000 |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| No. de Integrante del Hogar que corresponde al Cuidador | |
|---|---|

| 3. Estructura y funcionamiento del sistema familiar (Descripción de situación familiar) |
|---|
| familia extensa Garante de derechos de Santiago Andrei y Win solicita ser atendido en los servicios de los Centros Crecer. |

| 4. Criterios de priorización en su orden para el servicio social - Centros Crecer | | |
|---|---|---|
| Población objetivo | | Descripción y soportes |
| El niño, niña, adolescente o joven tiene discapacidad cognitiva, no psicosocial, requiere de apoyos extensos o generalizados o con discapacidad múltiple requiere de apoyos intermitente o limitados y habita en Bogotá:<br>No ☐ Si ☒ (anexar soportes) | | Extenso 80% |
| 1 | ¿La persona con discapacidad se encuentra bajo el cuidado permanente de personas mayores o el cuidador se encuentra bajo condiciones médicas que le dificulten o impidan ejercer dicho rol?<br>No ☐ Si ☑ | se encuentra al cuidado de su progenitora. |
| 2 | ¿Dentro del núcleo familiar se encuentran dos o más integrantes con discapacidad?<br>No ☒ Si ☐ ¿Cuántas? _____<br>Tipo de discapacidad o diagnósticos: | NO registra mas personas |
| 3 | ¿La persona con discapacidad fue remitida por un servicio de la SDIS u otra Entidad?<br>No ☐ Si ☐ ¿Cuál? | |

| | | |
|---|---|---|
| 4 | ¿La persona con discapacidad cuenta con registro oficial avalado por la entidad gubernamental pertinente, por ser persona indígena, afro, palenquera, raizal o Rrom?<br>No ☒ Si ☐ (anexar copia). | NO reporta. |
| 5 | La persona con discapacidad es víctima de hechos violentos asociados con el conflicto armado de acuerdo con las directrices establecidas en la Ley 1448/2011 y los Decretos Nacionales 4633, 4634 y 4635 de 2011 Con estado inscrito en el Registro Único de Victimas –RUV-.<br>No ☒ Si ☐ No de RUV: _____ (anexar copia). | NO reporta y no cuenta con registro |

| 5. Restricciones para ingresar al servicio social | | | |
|---|---|---|---|
| | Restricciones | | Descripción y soportes |
| 1 | Complementación alimentaria | No ☒ Si ☐ | |
| 2 | Comedores | No ☒ Si ☐ ¿Cuál? _____ | |
| 3 | Centro Renacer | No ☒ Si ☐ | |
| 4 | Centros Amar | No ☒ Si ☐ | |
| 5 | Centros Avanzar | No ☒ Si ☐ | |
| 6 | El niño, niña, adolescente o joven con discapacidad está en fase aguda de trastorno mental o que tengan trastorno de la personalidad. No ☐ Si ☐ | | |

6. Concepto profesional (a, b y c)

Santiago Andres de 19 años de edad. Cumple criterios de priorizacion de acuerdo a la resolucion 0218/2023 y vive en la ciudad de Bogota.

7. Observaciones

Nombres y firmas

Firma del profesional que diligencia

Firma de la persona con discapacidad o referente familiar

María Antonia Jiménez

Nombre completo del profesional que diligencia

Yenny Patricia Castro

Nombre completo de la persona con discapacidad o referente familiar

80373766

Tipo y No documento de identidad del profesional:

52 729.143

Documento de identidad:

3006156753.

Teléfono de contacto

312 315 8408 - 313 407 4195

Teléfono de contacto

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

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD:

FECHA DE VALIDACIÓN: 30/08/2024
NOMBRE: SANTIAGO ANDRES VIRGUEZ CASTRO
DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y NÚMERO: 1021687287
FECHA DE NACIMIENTO: 26/09/2014
EDAD: 9 AÑOS
DIAGNÓSTICO: PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA, CEGUERA, EPILEPSIA FOCAL ESTRUCTURAL, CUADRIPARESIA.
TIPO DE DISCAPACIDAD: MULTIPLE
MEDICACIÓN: OXCARBAZEPINA DE 300 MG CADA 12 HORAS 7.5 CC.
EPS: SANITAS
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA : CALLE 30 C SUR #1 A - 67
BARRIO: SAN ISIDRO
LOCALIDAD: SAN CRISTOBAL
CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO: yenny.castro1981@gmail.com
TELÉFONO: 3123158408 - 3134079195
REFERENTE FAMILIAR/PERSONA QUE ATENDIÓ LA VISITA: YENNY CASTRO
CENTRO: CENTRO CRECER BALCANES
SERVICIO: CENTROS CRECER

## OBJETIVO SEGÚN SOLICITUD O REMISIÓN

Realizar la validación de condiciones socioeconómicas y familiares de la persona con discapacidad, con el fin de verificar el cumplimiento de criterios de ingreso al servicio Centros Crecer de la Subdirección para la Discapacidad

## ANTECEDENTES

Nació de 27 semanas, parto por cesárea, madre presenta embarazo de alto riesgo por sobrepeso. Al nacer estuvo hospitalizado por 40 días con oxígeno, el cual lo mantuvo por 6 meses en casa. Tiene cirugía de Orquidopexia (cirugía para descender testículos), se encuentra medicado con Oxcarbazepina de 300 mg cada 12 horas de 7.5 cc. Cuenta con EPS SANITAS, contributivo, carnet de vacunas al día, 2 dosis de COVID laboratorio de Sinovac.

## INFORMACIÓN RESULTADO DEL CRUCE CON BASES DE DATOS

Al consultar la base de datos del sistema ADRESS, se identifica que la persona con discapacidad, se encuentra afiliada y en estado activo en la SANITAS S.A.S contributivo como beneficiario de su progenitora se anexa captura de pantalla ADRESS.



COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

**ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES**

Información de afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

**Resultados de la consulta**

**Información Basica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | TI |
| NUMERO DE IDENTIFICACIÓN | 1021667227 |
| NOMBRES | SANTIAGO ANDRES |
| APELLIDOS | VARGAS CASTRO |
| FECHA DE NACIMIENTO | ***** |
| DEPARTAMENTO | BOGOTA D.C. |
| MUNICIPIO | BOGOTA D.C. |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA EFECTIVA AFILIACIÓN | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. | CONTRIBUTIVO | 01/09/2016 | 31/12/2999 | BENEFICIARIO |

## CARACTERIZACIÓN HABILIDADES INDIVIDUALES:

Nacido de 27 semanas, por antecedente gestacional de infección vaginal y ruptura prematura de membranas, oxígeno requirente durante 6 meses, diagnosticado con parálisis cerebral espástica, ceguera por retinopatía y epilepsia focal, frente al historial de desarrollo realizó búsqueda de estímulos a los 2 años, control cefálico a los 3 años, semi rolado a los 3 años y sedente con apoyo a los 2 años. Presenta antecedentes patológicos previamente mencionados, quirúrgicos de corrección de displasia de cadera derecha sin material de osteosíntesis, sin antecedentes alérgicos o traumáticos. Actualmente en manejo por clínica del dolor y terapia 2 veces por semana donde es atendido por fonoaudiología y terapia ocupacional.

Es dependiente en la ejecución de las actividades básicas cotidianas en higiene mayor para el lavado del cuerpo el cúal lo realizan en silla plástica y ducha auxiliar , no controla esfínteres , le ejecutan el cepillo de dientes una vez al día con crema con flúor , lavado de manos y cara de la misma manera para vestirse, alimentarse lo sientan en el coche con cuchara , sus gustos están centrados según refiere la persona cuidadora en "escuchar música,en un parlante que tiene pasear en el barrio o trayectos largos , lleven a misa y escuchar la película minions y coco , pasa la mayoría del tiempo en el garaje en donde viven .Por indicación verbal y apoyo guiado, ocasionalmente intenta buscar objetos, material nombrado y dispuesto, logrando realizar agarre, sostenerlo y soltarlo; ante algunas texturas facilitadas, logra manipularlas y explorarlas sin rechazarlas.

Utiliza comunicación verbal con su familia, personas del entorno, a su vez busca la fuente sonora (en los diferentes planos, sonidos fuertes), realiza seguimiento de instrucciones de dos órdenes, no posee contacto visual, pero trata de buscar la fuente luminosa con el ojo izquierdo, presenta sonrisa social, le gusta entonar canciones en buen volumen de voz, y utiliza elementos no verbales para dar respuesta de agrado/desagrado a diferentes estímulos, emite frases ecolalia como " Olímpica Estéreo se metió" - " Vamos a jugar"

A nivel de patrones motores orales y deglución, presenta trastorno deglutorio leve (según última cinedeglución del 10 de noviembre de 2012 ) con diagnóstico Disfagia Neurogénica leve para todos los alimentos, requiere consistencia semiblanda con proteína macerada, presenta antecedentes de reflujo por lo cual debe mantener posición sedente 30 minutos posterior a tiempos de alimentación, a su vez por parte de la familia presenta ingesta y bebida de líquidos por medio de vaso pitillo "evidenciando unas succión fuerte y segura".

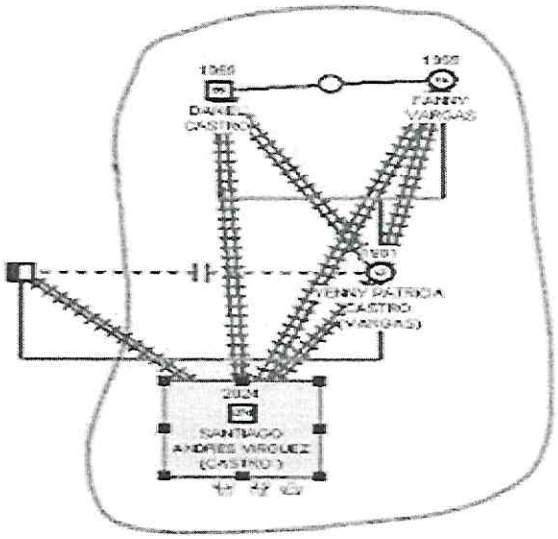
Por otro lado frente a sus patrones motores no realiza transferencias independientes, tampoco se evidencia esbozo de algún patrón locomotor o intencionalidad en su secuencias de movimiento, sin embargo ante un estímulo táctil o auditivo realiza búsqueda de este, de igual forma realiza agarre cuando los objetos son dispuesto en su mano, alcanza estímulos auditivos (celular), no realiza lanzamiento ni pateo. A la movilización pasiva se evidencian rangos de movilidad completos para tren superior, aunque con limitación a nivel escapulohumeral, en tren inferior se evidencia

limitación para la abducción de cadera derecha y la flexo extensión de cadera izquierda, de igual forma con retracción a nivel isquiotibial bilateral que limita la extensión de rodilla. no adquiere bipedo y se evidencia poca intencionalidad para la exploración de su entorno, adicionalmente no presenta reacciones protectivas aunque con buenas reacciones de enderezamiento, sin embargo con poco control postural y sin planeación, coordinación, ejecución y precisión dentro de su proceso de control motor.

## CARACTERIZACIÓN CAPACIDADES Y HABILIDADES FAMILIARES

Familia extensa garante de derechos de Santiago Andres Virguez Castro, conformada por su progenitora la persona con discapacidad y sus abuelos maternos quien solicita cupo para ser atendido en los servicios de la secretaría de integración social ( centros crecer) ya que no cuentan con los recursos para inscribirlo en una institución privada sus ingresos del núcleo familiar provienen de la pen sión de sus padres.

## GENOGRAMA:




## DIAGNÓSTICO SOCIAL:

Santiago Andres Virguez Castro, de 9 años de edad con discapacidad múltiple, no se encuentra escolarizados padres solicitan ser atendidos en los servicios de la secretaría de integración social, para que su hijo pueda interactuar con sus pares y logre mayor desarrollo en independencia, y de esta manera poder brindar una mejor calidad de vida, ya que no cuentan con los recursos suficientes para costear una fundación privada que le brinde la posibilidad de interactuar con sus pares.

## CARACTERIZACIÓN CAPACIDADES Y HABILIDADES EN ENTORNO

La vivienda en la que habita Santiago Andrés Virguez, es en arriendo y consta de dos habitaciones una de ellas compartida, cocina, baño, lavadero la vivienda se observa en buenas condiciones de higiene, buena iluminación, buena ventilación y buenas condiciones habitacionales, así mismo se encuentran las vías en buen estado todas pavimentadas al igual que sus respectivos andenes y sardineles, se evidencia comercio al por menor, también hay presencia de instituciones educativas distritales y privadas en el sector, así como se encuentran centros de salud como es el Hospital de la victoria, Hospital san Blas, Hospital clínica san Rafael entre otras, de acuerdo a lo anterior se evidencia que el lugar donde vive Santiago Andrés es seguro.

## CONCEPTO PROFESIONAL

De acuerdo a la validación de condiciones y la visita domiciliaria se evidencia que Santiago Andrés Virguez Castro cumple con criterios de ingreso para el servicio centros crecer, ya que cuenta con 9 años de edad, presenta discapacidad múltiple, requiere apoyo extenso con un 80% y habita en la ciudad de Bogotá de acuerdo la resolución 02/18/2023.

| | |
|---|---|
| FIRMA<br>MARIO ANTONIO JIMENEZ PORRAS<br>Cargo: Trabajador social<br>No, R:P: 80373766 | FIRMA<br>NATALY HOYOS CARDONA<br>Cargo: psicóloga<br>No, R:P: 257217 |
| FIRMA<br>DENIS MILENA PINEDA<br>Cargo: auxiliar de enfermería<br>No, R:P: 52290413 | FIRMA<br>CHRISTIAN DAVID MUÑOZ FORERO<br>Cargo: Coordinador<br>No, R:P: |

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

Anexos: N/A

Fecha: 02/09/2024

Estudio de caso:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Definición de plan de atención individual | X | Cumplimiento de alguno de los criterios de egreso establecidos en la resolución de criterios vigente | |
| Situaciones que alteran la dinámica personal e institucional | | Traslado de centro, unidad operativa o cambio de servicio | |
| Finalización del proceso de atención – plan cumplido. | | Otro<br>¿Cuál? | |

| 1. Datos de identificación | | |
|---|---|---|
| Servicio: CENTROS CRECER | N°. del contrato o convenio: | |
| Centro: CRECER BALCANES | | |
| Nombre de la persona con discapacidad:<br>SANTIAGO ANDRES VIRGUEZ CASTRO | | |
| Edad: 9 Años | Lugar y fecha de nacimiento: Bogotá, 29/09/2014 | |
| Diagnóstico de discapacidad:<br>Múltiple | | |
| Diagnósticos asociados:<br>Paralisis Cerebral espastica | | |
| Diagnóstico social:<br>Santiago Andres Virguez Castro, de 9 años de edad con discapacidad múltiple, no se encuentra escolarizado s padres solicitan ser atendidos en los servicios de la secretaría de integración social, para que su hijo pueda interactuar con sus pares y logre mayor desarrollo en independencia, y de esta manera poder brindar una mejor calidad de vida, ya que no cuentan con los recursos suficientes para costear una fundación privada que le brinde la posibilidad de interactuar con sus pares. | | |
| 2. Datos de ingreso | Fecha de ingreso a la SDIS: | DD MM AAAA |
| | Fecha de ingreso al servicio | DD MM AAAA |
| | Fecha de ingreso al centro: | DD MM AAAA |
| 3. Objetivo del estudio de caso:<br>Realizar la validación de condiciones socioeconómicas y familiares de la persona con discapacidad, con el fin de verificar el cumplimiento de criterios de ingreso al servicio Centros Crecer de la Subdirección para la Discapacidad | | |
| 4. Informe por líneas de acción | | |
| 4.1. Desarrollo de habilidades y capacidades individuales:<br>Nacido de 27 semanas, por antecedente gestacional de infección vaginal y ruptura prematura de membranas, oxígeno requirente durante 6 meses, diagnosticado con parálisis cerebral espástica, ceguera por retinopatía y epilepsia focal, frente al historial de desarrollo realizó búsqueda de estímulos a los 2 años, control cefálico a los 3 años, semi rolado a los 3 años y sedente con apoyo a los 2 años. Presenta antecedentes patológicos previamente mencionados, quirúrgicos de corrección de displasia de cadera derecha sin material de osteosíntesis, sin antecedentes alérgicos o traumáticos. Actualmente en manejo por clínica del dolor y terapia 2 veces por semana donde es atendido por fonoaudiología y terapia ocupacional.<br>Es dependiente en la ejecución de las actividades básicas cotidianas en higiene mayor para el lavado del cuerpo el cúal lo realizan en silla plástica y ducha auxiliar , no controla esfínteres , le ejecutan el cepillo de dientes una vez al día con crema con flúor , lavado de manos y cara de la misma manera para vestirse, alimentarse lo sientan | | |

en el coche con cuchara , sus gustos están centrados según refiere la persona cuidadora en "escuchar música,en un parlante que tiene pasear en el barrio o trayectos largos , lleven a misa y escuchar la película minions y coco , pasa la mayoría del tiempo en el garaje en donde viven .Por indicación verbal y apoyo guiado, ocasionalmente intenta buscar objetos, material nombrado y dispuesto, logrando realizar agarre, sostenerlo y soltarlo; ante algunas texturas facilitadas, logra manipularlas y explorarlas sin rechazarlas.

Utiliza comunicación verbal con su familia, personas del entorno, a su vez busca la fuente sonora (en los diferentes planos, sonidos fuertes), realiza seguimiento de instrucciones de dos órdenes, no posee contacto visual, pero trata de buscar la fuente luminosa con el ojo izquierdo, presenta sonrisa social, le gusta entonar canciones en buen volumen de voz, y utiliza elementos no verbales para dar respuesta de agrado/desagrado a diferentes estímulos, emite frases ecolalia como " Olímpica stereo se metió" - " Vamos a jugar"

A nivel de patrones motores orales y deglución, presenta trastorno deglutorio leve (según última cinedeglución del 10 de noviembre de 2012 ) con diagnóstico Disfagia Neurogénica leve para todos los alimentos, requiere consistencia semiblanda con proteína macerada, presenta antecedentes de reflujo por lo cual debe mantener posición sedente 30 minutos posterior a tiempos de alimentación, a su vez por parte de la familia presenta ingenta y bebida de líquidos por medio de vaso pitillo "evidenciando unas succión fuerte y segura".

Por otro lado frente a sus patrones motores no realiza transferencias independientes, tampoco se evidencia esbozo de algún patrón locomotor o intencionalidad en su secuencias de movimiento, sin embargo ante un estímulo táctil o auditivo realiza búsqueda de este, de igual forma realiza agarre cuando los objetos son dispuesto en su mano, alcanza estímulos auditivos (celular), no realiza lanzamiento ni pateo. A la movilización pasiva se evidencian rangos de movilidad completos para tren superior, aunque con limitación a nivel escapulohumeral, en tren inferior se evidencia limitación para la abducción de cadera derecha y la flexo extensión de cadera izquierda, de igual forma con retracción a nivel isquiotibial bilateral que limita la extensión de rodilla. no adquiere bipedo y se evidencia poca intencionalidad para la exploración de su entorno, adicionalmente no presenta reacciones protectivas aunque con buenas reacciones de enderezamiento, sin embargo con poco control postural y sin planeación, coordinación, ejecución y precisión dentro de su proceso de control motor.

4.2. Desarrollo de habilidades y capacidades familiares:

Familia extensa garante de derechos de Santiago Andres Virguez Castro, conformada por su progenitora la persona con discapacidad y sus abuelos maternos quien solicita cupo para ser atendido en los servicios de la secretaría de integración social ( centros crecer) ya que no cuentan con los recursos para inscribirlo en una institución privada sus ingresos del núcleo familiar provienen de la pen sión de sus padres.

4.3. Desarrollo de capacidades en entorno y territorio:

La vivienda en la que habita Santiago Andres Virguez, es en arriendo y consta de dos habitaciones una de ellas compartida, cocina, baño, lavadero la vivienda se observa en buenas condiciones de higiene, buena iluminación, buena ventilación y buenas condiciones habitacionales, así mismo se encuentran las vías en buen estado todas pavimentadas al igual que sus respectivos andenes y sardineles, se evidencia comercio al por menor, también hay presencia de instituciones educativas distritales y privadas en el sector, así como se encuentran centros de salud como es el Hospital de la victoria, Hospital san Blas, Hospital clínica san Rafael entre otras, de acuerdo a lo anterior se evidencia que el lugar donde vive Santiago Andres es seguro.

## 5. Concepto del equipo profesional

De acuerdo a la validación de condiciones y la visita domiciliaria se evidencia que Santiago Andres Virguez Castro cumple con criterios de ingreso para el servicio centros crecer, ya que cuenta con 9 años de edad, presenta discapacidad múltiple, requiere apoyo extenso con un 80% y habita en la ciudad de bogotá de acuerdo la resolución 0218/2023.

## 6. Plan de intervención por línea de acción

Estructurar rutinas y hábitos en las actividades básicas y de la vida diaria mediante procesos mano sobre mano y uno a uno que promueven la independencia y respuestas sensoperceptuales en los contextos de desempeño.

Utilizar diferentes formas de contacto, que se puedan obtener de distintos estímulos táctiles, para guiar actividades de pintura, haciendo uso de texturas y diferentes herramientas de trabajo, como pinceles, espumas, vinilos, arcillas.

Propiciar la necesidad de comunicarse por medio de actividades lúdicas ( interacción con sus pares, instrumentos musicales, cuentos, láminas, pictogramas en alto relieve) favoreciendo su intencionalidad

comunicativa verbal y no verbal. Fortalecer el repertorio léxico - vocabulario por medio de estímulos sensoperceptivos, táctiles, visuales y auditivos para potencializar e incrementar sus intenciones comunicativas.
Promover el proceso de control motor desde la intencionalidad que facilite la exploración y reconocimiento de su entorno.
promover la movilidad activa y el desarrollo de habilidades y capacidades propias de los hitos del desarrollo, de modo que se entrenen prerrequisitos para la adquisición de independencia en actividades básicas de la vida diaria.

"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 podrá realizar operaciones sobre los mismos para las finalidades establecidas en su Política de tratamiento de datos personales, disponible en la página web de la entidad. Entiendo que tengo derecho a entregar o no datos sensibles, que son aquellos que afectan mi 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".

Nombre del (la) coordinador(a) del centro: CHRISTIAN DAVID MUÑOZ FORERO

Firma del (la) coordinador(a) del centro:

Nombre del profesional: MARIO ANTONIO JIMENEZ PORRAS

Firma del profesional:

Reg. Profesional: 80373766

Nombre del profesional: NATALY HOYOS CARDONA

Firma del profesional:

Reg. Profesional: 257217

Nombre del profesional: IBETH MILENA SERRANO PUENTES

Firma del profesional:

Reg. Profesional: 52530989

Nombre del profesional: SANDRA PATRICIA BARON BARRERA

Firma del profesional:

Reg. Profesional: 52171447

| |
|---|
| Nombre del profesional: LIDA FERNANDA LAVERDE SUÁREZ<br>Firma del profesional:<br>Reg. Profesional: No Aplica |
| Nombre del profesional: LAURA CAMILA GÓMEZ GALINDO<br>Firma del profesional:<br>Reg. Profesional: 1023959866 |
| Nombre del profesional: CHRISTIAN CAMILO MEJÍA<br>Firma del profesional:<br>Reg. Profesional: No Aplica |
| Nombre del profesional: CAROL MARCELA MOSQUERA<br>Firma del profesional:<br>Reg. Profesional: No Aplica |
| Nombre del profesional: DENIS MILENA PINEDA ROMERO<br>Firma del profesional:<br>Reg. Profesional: 52290413 |

*Nota: Para la formulación del estudio de caso, se contará con la participación de las personas con discapacidad o de su referente familiar/persona cuidadora (cuando la persona con discapacidad requiera de apoyos generalizados o no pueda tomar decisiones de manera autónoma), para que aporten en los procesos de intervención desde la comprensión de su condición, respetando sus intereses, expectativas y gustos.*

*La información registrada en este documento se constituye en un punto de control para prevenir la posible materialización del mal manejo o desviación de los recursos públicos asignados para la atención de la población objetivo del servicio.*

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL<br><br>FORMATO ACTA DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO FAMILIAR | Código: FOR-PSS-202 |
|---|---|---|
| | | Versión: 0 |
| | | Fecha: Memo Int. 61867 del 06/11/2018 |
| | | Página: 1 de 1 |

| NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA | FECHA | TIPO DE SEGUIMIENTO | |
|---|---|---|---|
| | DD/MM/AAAA | TELEFONICO | PRESENCIAL |
| Centro Crecer Balcanes | 06/09/2024 | X | |

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

| Nombre del referente familiar o social | Nombre de la persona con discapacidad |
|---|---|
| Jenny Patricia Castro Vargas | Santiago Andres Vargas Castro |

**OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO**

Seguimiento ingreso Santiago Andres Vargas Castro.

**TEMAS ABORDADOS**

Se realiza llamada a la referente familiar Jenny Patricia para indagar por el ingreso de Santiago Andres; refiere en este que Santiago asistio ingreso a la unidad operativa Centro Crecer Balcanes el dia 5 de septiembre pero por temas de salud no ingresara sino hasta el dia 9 de septiembre ya que los dias anteriores se encuentra con citas medica por tal razón la señora Jenny manifiesta que se presentara el proximo lunes 8:00 en la unidad operativa.

**COMPROMISOS DEL REFERENTE FAMILIAR O SOCIAL**

Informar cualquier inquietud al respecto. en caso de no poder ingresar el proximo lunes 9 de septiembre.

No Aplica

Firma del referente familiar o social
No. ID.

Firma Profesional
Nombre del Profesional Maria Jimenez
No. TP. 803733766.

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

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**
**IDENTIFICACIÓN PERSONAL**
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.021.687.287**
**VIRGUEZ CASTRO**

APELLIDOS
**SANTIAGO ANDRES**

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **29-SEP-2014**
**BOGOTA D.C**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**29-SEP-2032** **O+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

**28-OCT-2021 BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01273282-M-1021687287-20211220 **0077**482538A 2 8503273808

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.729.143
CASTRO VARGAS

APELLIDOS

YENNY PATRICIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-OCT-1981
BOGOTA D.C
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

23-MAR-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00203411-F-0052729143-20091215 0019084001A 1 1540119491



INDICE IZQUIERDO

FECHA DE NACIMIENTO 27-AGO-1959

ANOLAIMA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

| 1.65 | O+ | M |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

04-AGO-1978 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

R-1500150-00205926-M-0019389289-20091222 0019279465G 1 5020159682

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 19.389.289

APELLIDOS
CASTRO

NOMBRES
DANIEL



FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
41.776.772
NUMERO



VARGAS
APELLIDOS

FANNY
NOMBRES

Fanny Vargas
FIRMA



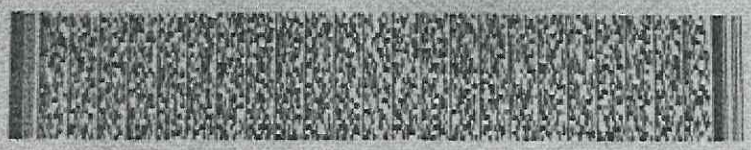
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-SEP-1959
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

22-DIC-1977 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-1500104-47149431-F-0041776772-20060706 01320 06187C 03 187165145

La salud es de todos | Minsalud

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| SANTIAGO | ANDRES | VIRGUEZ | CASTRO |

1.5 Documento de identidad

| Certificado de Nacido Vivo | Registro civil | Tarjeta de identidad | | Cédula de ciudadanía | Cédula de extranjería | Pasaporte | Carnet diplomático | Permiso especial de permanencia |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | X | | | | | |

Número de documento de identidad: 1021687287

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha Año | Mes | Día |
|---|---|---|---|
| COMERCIALIZADORA DE SERVICIOS BASICOS SAS | 2022 | 2 | 22 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| BOGOTÁ, D.C. | BOGOTÁ, D.C. |

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | X | NO | |
| Visual | SI | X | NO | |
| Auditiva | SI | | NO | X |
| Intelectual | SI | X | NO | |
| Psicosocial (Mental) | SI | X | NO | |
| Sordoceguera | SI | | NO | X |
| Múltiple | SI | X | NO | |

## d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 83.33 |
| Movilidad | 100.00 |
| Cuidado Personal | 87.50 |
| Relaciones | 70.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 80.00 |
| Participación | 75.00 |
| GLOBAL | 82.64 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.3 b5105.3 b760.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.388 s2203.483 s7400.283

3. Codigos Actividades y Participación

d161.4 d310.3 d598.4

IPS sanitas
DR. SALITRE
SERVICIOS MEDICOS
BOGOTA D.C.

Rad SS16161
10/3/2022

La salud es de todos | Minsalud

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| LUISA FERNANDA MORENO ALBARRACIN | Psicología | CC-1015447488 |
| JULIE ANDREA TIQUE GONZALEZ | Medicina | CC-1019034027 |
| ISABEL CRISTINA CARDENAS CIFUENTES | Fonoaudiología | CC-1032365557 |

### g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *SANTIAGO ANDRES VIRGUEZ CASTRO* manifiesto que: *SI*

estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

x Kenny Patricia Castro Vargas — x 52729143

Nombre y Firma — Documento: TI-1021687287

Autorizó el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la normatividad que lo regula. *SI*

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*

Nombre: SANTIAGO ANDRES VIRGUEZ CASTRO
Identificación: TI 1021687287 - Sexo: Masculino - Edad: 9 Años

Carné: 10-4823515-1-2 - Historia Clínica: 1021687287
Historia Clínica: 1021687287
Tipo de Usuario: Contributivo

## RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

MOTIVO DE CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Madre, ..
Motivo de consulta: control .
Enfermedad Actual:

Se realiza consulta con EPP (gorro, monogafas, tapabocas, uniforme quirurgico y bata)

paciente de 9 años en seguimiento por:
-epilepsia focal estructural con desencante febril
-discapacidad intelectual severa/profunda
-paralisis cerebral espastica de tipo cuadriparesia
-desprendimiento de retina bilateral: secuela retinopatia de la prematuridad
-leucomalacia periventricular de aspecto secuelar
-microcefalia
-enfermedad neurogenetica: Sx de microduplicacion 17q23.1q23.2 vs patologia mitocondrial en estudio??
-estreñimiento
-alto riesgo neurologico: prematuridad de 30 sem

manejo actual: 22.6 kg
-oxcarbazepina 6 cc vo cada 12 horas (31 mg/kg/dia)

historia de eventos:
-el 02/07/2022 posterior a manejo qx ortopedico presenta evento clinico de semiologia no clara, se interpreto en instituto roosevelt como crisis epileptica por lo que inician oxcarbazepina.
-otros eventos: en vigilia, febril, mirada fija al frente, aumento del tono en flexion e extremidades, duracion de 40 segundos.
-utima crisis epileptica, 03/2024.

ss//
recibe terapias integrales en sexto sentido
-ultima crisis epileptica en 03/2024 por fiebre en contexto de amigdalitis

paraclinicos:
IMAGENES:
-03/07/2022: RM cerebral simple: leucomalcia periventricular bilateral de aspecto secuelar, cuerpo calloso delgado.
-19/03/2022: densitometria osea: por debajo de lo esperado para edad y masa grasa.
-05/11/2021: videocinedeglucion: disfagia neurogenica leve para todas las consistencias, sin riesgo de aspiracion.

ELECTRODX:
-02/07/2022: telemetria de 2 horas: anormal por actividad epileptica focal parietal y parietooccipiral derecha.
-03/02/2015: EOA: pasa bilateral, tipio As bilateral

METABOLICOS:
-10/08/2022: amonio 55.9 alt 24 ast 35.2 hemograma hto 42.2 hg 13.9 leucos 8570 neutros 4540 linfo 2530 mono 100 plaquetas 521000 tsh 1.82 t4 libre 1.35 normales

**ORDEN MÉDICA NO REQUIERE AUTORIZACIÓN**

**Por favor comunicarse con CENTRO MEDICO CASTELLANA EPS SANITAS**
**CR 49 B 94 40 , 018000940304, BOGOTA D.C. - BOGOTA D.C.**

**"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"**

## DATOS DEL MÉDICO

Cristina Lorena Ramirez Sierra - Neurologia Pediatrica
CC 1019032807 - Registro médico 1019032807



Firmado Electrónicamente

-10/08/2022: relacion L/P: lactato 3.75 elevado piruvato 0.127 relacion 29.53, aminoacidos sericos normales
-10/08/2022: acidos organicos: elevada excrecion de acido aconitico que puede estar relacionado a desordenes mitocondriales, y excrecion de acido hipurico relacionado a metabolismo bacteriano, ingesta de fenolicos y benzoato.
08/11/2022: lactato 35.2 (4.5-19.8) elevado amonio 65.4, relacion L/P: lactato 3.78 elevado, piruvvato 0.127 relacion 29.76
-31/10/2022: fosfatasa alcalina 278.48 normal, fosforo 5.41 magnesio 2.17, paratohormona 29.4 normal, vitamina D 37.9 normal
-25/07/2023: calcio 10.3 vitamina D 22. normal

GENETICOS:
-26/01/2023: exoma trio: variantes:
1. duplicacion 17q23.1q23.2, PP, relacionado con sx duplicacion de 17q23.1q23.2
2. gen CYFIP2, heterocigoto, heredada de padre, VUS, relacionada con encefaloparia del desarrollo y epileptica 65 AD.
3. gen KDM4B, heterocigoto, heredada de madre, VUS, relacionada con trastorno del desarrollo intelectual 65 AD.
4. gen KIF1A, heterocigoto, heredada de madre, VUS, relacionada con NESCAV, neuropatia sensitivahereditaria tipo IIC, parapeljia espastica 30, AD/AR.

ANTECEDENTES:
Pre-perinatales: Fruto de 2DA gestación de madre de 33 años, padre de 33 años, no consanguíneos, controles prenatales normales, niega diabetes, niega hipertensión, niega sangrados, niega infecciones, niega hipotiroidismo, STORCH negativo referido.
Consumo de medicamentos en la gestación: NO
Nacimiento x cesarea causa no clara, a las 30 semanas, P: 1000, T: 30 recuerda. Ucin x 2 meses, causa no clara.
Neurodesarrollo: SC incompleto, no lgora sedente estable sin apoyo. Sueño ronca No
-se comunica con sonidos y algunas palabras.
Patológicos: lo mencionado
Farmacológicos: lo mencionado, vitamina D + calcio
Alérgicos: niega
Traumaticos: niega
Quirúrgicos: cx de cadera #2
Vacunas: PAI completo
Familiares: niega ..

EXAMEN FÍSICO

- Hallazgos:
Examen Neurológico: Observaciones: Se solicita autorización para examen físico completo.
PC: 50 cms -2.39 SD
Paciente alerta, interactúa con examinador, sonidos y algunas palabras, isocoria hiporreactiva, midriasis, defecto pupilar aferente bilateral, opacidad de los medios oculares, movimientos oculares erraticos, no fija ni sigue con la mirada, espasticidad con hipotono de base y trofismo disminuido, moviliza escasamente 4 extremidades, RMT +++/++++, respuesta plantar extensora bilateral, no lora sosten cefalico estable.
-piel sin lesiones.
-pabellones auriculares prominentes, puente nasal bajo filtrim largo, labio superior delgado..

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

paciente de 9 años con multiples antecedentes patologicos descritos, entre esos epilepsia focal estructual en manejo con oxcarbazepina con ultima crisis epileptica en contexto febril, se ajusta oxcarbazepina a 7.5 cc vo cada 12 horas (39 mg/kg7dia)
-se solicitan paraclinicos hematicos para descartar eventos adversos del medicamento

**ORDEN MÉDICA NO REQUIERE AUTORIZACIÓN**

**Por favor comunicarse con CENTRO MEDICO ESPECIALISTAS EPS SANITAS**
**AUTOPISTA NORTE 100 74, 018000940304, BOGOTA D.C. - BOGOTA D.C.**

**"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"**

**DATOS DEL MÉDICO**

Cristina Lorena Ramirez Sierra - Neurologia Pediatrica
CC 1019032807 - Registro médico 1019032807



Firmado Electrónicamente

-tiene RM cerebral simple con leucomalacia periventricular sin embargo este hallazgo no explica todo el cuadro clinico y las facies del paciente por lo que se solicita perfil metabolico completo que muestra hiperlactatemia se solicita nuevo control de relacion L/P que persiste con hiperlactatemia.
-exoma trio muestra Sx de microduplicacion 17q23.1q23.2, sin embargo este sindrome no explica el fenotipo completo del paciente, y no cursa con hiperlactatemia se solicita ADN mitocondrial pendiente, se reueva orden
-se solicito vx por oftalmologia que solicito ecografia ocular pendiente, se renueva orden
-pendiente vx por ortopedia, fisiatria y odontologia pediatrica
-se solicita valoracion por cuidado paliativo y manejo dolor, por dolor cronico en cadera posterior a manejo ortopedica., se deja acetaminofen para el dolor
-control en 4 meses

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Principal: Epilepsia y sindromes epilepticos sintomaticos relacionados con localizaciones (focales) (parciales) y con ataques parciales complejos (G402), Confirmado repetido, Causa Externa:Enfermedad general.
Diagnóstico Asociado 1: Cuadriplejia espastica (G824), Confirmado repetido.
Diagnóstico Asociado 2: Historia personal de otros factores de riesgo, no clasificados en otra parte (Z918), Confirmado repetido.
Diagnóstico Asociado 3: Retraso mental grave, deterioro del comportamiento nulo o minimo (F720), Confirmado repetido.

RESUMEN PLAN DE MANEJO

- Se formula Acetaminofen 150mg/5mL (3%) Jarabe Tomar (vía Oral) 10 mL cada 8 hora(s) por 10 día(s), Oxcarbazepina 6% (300mg/5ml) Susp Oral Tomar (vía Oral) 7 1/2 mL cada 12 hora(s) por 180 día(s).

- Se ordena ESTUDIOS GENETICOS DE ADN MITOCONDRIAL (ESPECIFICO), HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO, TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA], TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA], HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE, TIROXINA LIBRE, ECOGRAFIA OCULAR MODO A Y B.

- Se solicita interconsulta a Dolor y Cuidados Paliativos, Neurologia Pediatrica.

**ORDEN MÉDICA NO REQUIERE AUTORIZACIÓN**

**Por favor comunicarse con CENTRO MEDICO ESPECIALISTAS EPS SANITAS AUTOPISTA NORTE 100 74, 018000940304, BOGOTA D.C. - BOGOTA D.C.**

**"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"**

**DATOS DEL MÉDICO**

Cristina Lorena Ramirez Sierra - Neurologia Pediatrica
CC 1019032807 - Registro médico 1019032807



Firmado Electrónicamente

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 830.059.875-8
Calle 99 No. 11 - 45 Piso 1

0044252-7

FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS No. 152045826-6

CLIENTE

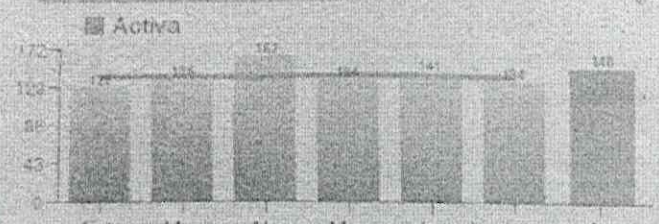
**MARIA ZAMUDIO DE H**
CL 30 C SUR NO 1 A 67
BOGOTA, D.C. - BELLO HORIZONTE

07 009 1887 / 065-1080020

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código




COMPORTAMIENTO CONSUMO




VALOR kWh APLICADO: $671,86

CONSUMO DIARIO: 4.63 kWh

VALOR DIARIO: $2.350

PERIODO FACTURADO: 05 JUL 2024 A 05 AGO 2024

DIAS FACTURADOS: 32

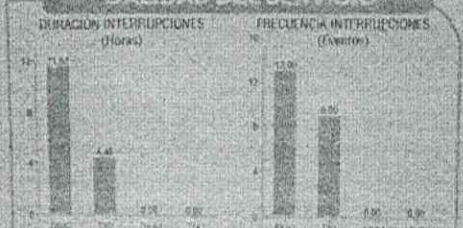
CONSUMO MES: 148 kWh

¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual!

## INFORMACIÓN DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Residencial |
| ESTRATO: | 2 |
| CARGA KW: | 7.66 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 10000070091887 |
| RUTA LECTURA: | 10070091122 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS00130418 |
| MEDIDOR NO: | 065-1080020 |
| MEDIDOR NO: | 065-1080020 |

## CALIDAD DEL SERVICIO




## USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, si no se pueden apagar te recomendamos configurarlos en modo ahorro de energía.

## CONTÁCTANOS

Tramites y solicitudes
Chat de asistencia virtual
316 890 6003 (Envía Hola o para Asesor)
Enel Colombia
@EnelClientesCO
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Centro de atención de la UAESP

601 51 40036 defensoria@enel.com

https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

## ¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

App Enel Clientes Colombia
Botón de Pago Online
Botón de Pago Bancolombia
MOVII
NEQUI
tpaga

Red Distrital

Centros de Servicio

RED CADE

Almacenes de Cadena

Código QR

## PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

| | |
|---|---|
| PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P. | TV 4 No. 51A 25 |
| LIMPIEZA METROPOLITANA S.A. E.S.P. | Carrera 56 # 9 17 Local 02 |
| CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. | Avenida Boyacá # 6 B 20 |
| BOGOTÁ LIMPIA S.A.S. E.S.P. | Carrera 65 No. 80 -27 45 Local 4 |
| AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. | Calle 129 # 54 -38 46 Local 123-124 |

Línea de servicio al Cliente 110

**DESCRIPCIÓN TARIFARIA / Componentes del costo:** Vigencia: JUL/2024

CU $104,97 PR $87,13 R $25,36 CF $0,00 / $671,86 Costo kWh Mes

FECHA EXPEDICIÓN: 05/08/2024

| | | |
|---|---|---|
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br><br>FORMATO ACTA DE CORRESPONSABILIDAD FAMILIAR – SERVICIOS DE ATENCIÓN PARA NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JOVENES CON DISCAPACIDAD | Código: FOR-PSS-196<br>Versión: 2<br>Fecha: Memo I2023017510 – 16/06/2023<br>Página: 1 de 3 |

Bogotá D.C. 09/09/2024

Yo, Yenny Patricia Castro Vargas en calidad de referente familiar identificado con número de documento de identidad 52729143 de Bogotá de la persona con discapacidad Santiago Urquiza participante del servicio de atención Centros Crecer en la Unidad Operativa Centro Crecer Balcanes, me comprometo a cumplir con los compromisos y deberes adquiridos durante el tiempo que mi participante se encuentre en el servicio, las cuales están relacionadas y hacen parte de la corresponsabilidad (reparto equilibrado y compartido de las responsabilidades entre la entidad y el referente familiar) que me asiste como referente familiar o cuidador-a:

- A dar cumplimiento a los derechos y deberes consagrados (mencionados) en el Pacto de Convivencia.
- A participar en la construcción o ajuste del Pacto de Convivencia.
- A asistir puntualmente a todas las actividades a las que se me cite en la unidad operativa (Reuniones de referentes familiares, encuentros locales y salidas extramurales) ya que conozco de antemano que el incumplimiento mínimo a dos citaciones en el mes tendrá como consecuencia la suspensión de mi participante en el servicio.
- A participar en las intervenciones grupales y en las sesiones individuales a las que me cite el equipo profesional, cumpliendo con los horarios establecidos para la atención de los diferentes esquemas de atención (presencialidad, visitas domiciliarias, talleres, encuentro locales). En caso de inasistencia por enfermedad, deberé presentar como soporte, la certificación médica de la entidad de salud a la que me encuentro afiliado(a).
- A acompañar a la persona con discapacidad en los procesos de atención en salud coordinados con el equipo profesional de la unidad operativa y como responsable de asumir los consentimientos informados.
- A entregar la documentación requerida por los profesionales de la unidad operativa en el momento del ingreso y actualizarla cada vez que se presenten cambios.
- A informar oportunamente sobre los cambios de domicilio, teléfono y documento de identidad del referente familiar cuando este se presente, entregando fotocopia del documento que lo soporte.
- A asistir de forma inmediata y obligatoria a la unidad operativa, como padre, madre, cuidador o cuidadora, en caso de que se presente alguna emergencia, relacionada con el estado de salud del participante.
- A participar en la construcción del Plan de Atención Individual de la persona con discapacidad, teniendo en cuenta las orientaciones del equipo interdisciplinario.
- A participar en el proceso de egreso, una vez sea conceptuado en estudio de caso por el equipo profesional de la unidad operativa.
- A acompañar y fortalecer los procesos que garanticen el sostenimiento e inclusión social de la persona con discapacidad en su medio social y familiar.
- A favorecer las adecuadas condiciones de aseo del participante, suministrando los insumos necesarios de pañal o toallas higiénicas, cepillo de dientes, según se requiera.
- A disponer de un lugar en la vivienda con condiciones de limpieza y seguridad que permitan un ambiente enriquecido para el desarrollo de las acciones educativas en casa.
- A mantener relaciones de respeto y cordialidad con todos y cada uno de los participantes del servicio.
- A garantizar que el cuidador permanente sea del núcleo familiar y habite en el mismo domicilio.
- A asistir a todas las jornadas de toma de peso y talla convocadas por los profesionales del servicio.
- Recibir y aceptar las visitas domiciliarias del equipo profesional que requieran ampliación de la información sin previo aviso.
- A garantizar el cumplimiento de horarios de ingreso y salida del servicio.

- A garantizar los derechos en salud del participante, brindando los acompañamientos y seguimientos requeridos.

Así mismo y en concordancia con lo establecido anteriormente:

- Acepto que el personal auxiliar o jefe de enfermería de la unidad operativa, lleve a cabo la revisión física cefalocaudal diaria (cabeza, hombros, brazos, espalda, abdomen y piernas) de la persona con discapacidad con el objetivo de verificar el estado en el que ingresa y sale el participante del servicio. En caso de encontrarse novedades en la revisión se activarán las rutas pertinentes para la garantía de derechos.
- Acepto el desplazamiento de la persona con discapacidad a los espacios extramurales de la unidad operativa en los que se desarrollen actividades propias del servicio.
- Acepto que se realice registro fotográfico, audio y o video de Santiago Urrego durante las actividades desarrolladas por el servicio, las cuales pueden ser publicadas por la Secretaría Distrital de Integración Social, en diferentes medios de comunicación, (televisión, radio, prensa y redes sociales).

CRITERIOS DE SUSPENSIÓN:

- Cuando los participantes no están siendo beneficiados por los programas del servicio, en un máximo de cinco (5) días por ausencias injustificadas al Centro Crecer y ausencia de canales de comunicación.
- Inasistencia superior a cinco (5) días por hospitalización y estado de salud notificado por entidad de salud.
- Por falta de adherencia y suministro de medicamento que altere su estado comportamental y genere riesgo a su integridad y/o a terceros.
- Por restablecimiento de derechos del participante con ICBF.
- Por solicitudes familiares (calamidades, viajes) como parte de los procesos generados por las familias, no superior a tres meses.
- Por falta de corresponsabilidad de los referentes familiares.
- Por la no participación en las actividades a las que se les convoca dentro o fuera de la localidad.

CRITERIOS DE EGRESO:

- Por cumplimiento del Plan de Atención Individual establecido para el-la participante durante la permanencia en el servicio.
- Por inclusión efectiva del participante en el entorno cultural, deportivo, educativo, ocupacional y recreativo.
- Retiro voluntario manifestado libre y expresamente por la persona con discapacidad o su referente familiar o cuidador- a.
- Fallecimiento del participante.
- Cuando el participante durante el proceso de atención presente deficiencia en la adherencia al medicamento, desmejore su estado comportamental o adquiera una condición de salud que requiera de cuidados especiales permanentes y que impida su participación en el servicio, previo estudio de caso.
- Inconsistencia en la documentación presentada u omisión de la información suministrada para acceder al servicio.
- Inasistencia injustificada a las actividades programadas dentro del servicio por un periodo de siete (7) días durante el mes, previo estudio de caso.
- Traslado del/la participante a otro servicio de atención del proyecto de discapacidad o servicio de la SDIS.

- Traslado del lugar de residencia del/la participante a un municipio fuera de Bogotá.
- Cuando el/la participante y/o el referente familiar incurra en el incumplimiento de los acuerdos establecidos en el acta de compromiso dentro del servicio.
- Persona con discapacidad que al finalizar el año en curso tenga los dieciocho (18) años de edad.

Considerando lo anterior, manifiesto que estoy de acuerdo con la vinculación del/a participante y el referente familiar en el servicio, que he sido informado(a) y que he comprendido los objetivos, los procedimientos y demás aspectos relacionados con este documento y que tuve la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. De igual manera, informó que actualmente no hago parte de otro programa de asistencia social de la Secretaria Distrital de Integración Social, que preste servicios para las personas con discapacidad.
OBSERVACIONES:_____

La información suministrada por el(la) ciudadano(a), fue verificada en los documentos aportados, por lo cual, se constató la actualidad de los datos y su veracidad, adicionalmente, se informó que el cambio de las circunstancias de vulnerabilidad deberá informarse para valorar la procedencia de la continuidad en los servicios sociales, así como, la responsabilidad frente a los datos personales, los cuales son de carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

En constancia firman:

| | |
|---|---|
| Firma | Firma |
| Nombres y apellidos coordinador- a del centro:<br>Christian David Muñoz Forero<br>Número del contrato o convenio:<br>1.018.432.433 | Nombres y apellidos del referente familiar o social:<br>Jenny Patricia Castro Vargas<br>Número de documento de identidad:<br>52729143. |

*El incumplimiento de las obligaciones establecidas en la presente acta dará lugar a las acciones legales previstas en la ley.*

ESPACIO PARA FIRMA A RUEGO

En virtud que el-la señor-a _____ identificado-a con cédula de ciudadanía No. _____ no puede firmar por _____ en cumplimiento de los requisitos establecidos por el Artículo 826 del código de Comercio, a su ruego firma el-la señor-a _____ identificado con documento de identidad número _____

FIRMA

| | |
|---|---|
| Huella dactilar o plantar del rogante<br>C.C. No. _____ | Firma del rogado<br>C.C. No. _____ |

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO ACTA DE COMPROMISO SERVICIO DE RUTA<br>MODALIDAD DE ATENCIÓN CENTROS CRECER | Código: FOR-PSS-494<br>Versión: 1<br>Fecha: Memo I2021036288 – 26/11/2021<br>Página: 1 de 2 |
|---|---|---|

Yo Jenny Patricia Castro Vargas identificado con No. de documento CC 52729143 de Bogotá en calidad de referente familiar, padre, madre o cuidador autorizado del niño, niña, adolescentes y jóvenes Santiago Andrés Virgüez Castro identificado con documento No. TI 1021687287 de Bogotá participante de la Unidad Operativa Centro Crecer Balcanes, manifiesto conocer el reglamento; los derechos, deberes y sanciones del servicio de ruta del cual el participante se beneficia.

Por lo anterior autorizo a las siguientes personas mayores de edad, a entregar y recoger a mi familiar:

| No. | Nombres y Apellidos | No de Documento | Números Telefónicos |
|---|---|---|---|
| 1 | Daniel Castro | J93889289 | 3004812586 |
| 2 | Fanny Vargas | 41776772 | 3134079195 |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |

De igual forma ratifico entiendo y acepto que:

1. La ruta es un servicio complementario y gratuito que tiene el/la participante a mi cargo, el cual en ningún caso será puerta a puerta.
2. La ruta es un servicio complementario y gratuito que tiene el/la participante a mi cargo y mi obligación y deber es hacer uso adecuado del mismo.
3. Anexaré fotocopia del documento de identidad de la(s) persona(s) que autorice para recoger o entregar el/la participante a mi cargo
4. El/la participante a mi cargo NO puede ser entregado ni recogido por un menor de edad.
5. El punto asignado para recoger y dejar al participante a mi cargo solo podrá modificarse una vez haya sido autorizado por la unidad operativa, previa solicitud escrita y verificación del lugar.
6. Estoy informado que en caso de no recoger a tiempo al participante a mi cargo será entregado a la Comisaría de Familia, siguiendo los protocolos y rutas de atención.
7. Mantendré comunicación constante con los profesionales que apoyen el desplazamiento del participante a mi cargo en la ruta.
8. Seré respetuoso con los demás participantes de la modalidad, profesionales, conductor y monitor asignados a la ruta.
9. Cualquier novedad la reportaré por escrito al Centro Crecer con el propósito de obtener una respuesta oportuna y eficaz frente a cualquier queja, inquietud, sugerencia o reclamo.
10. Enviaré al participante a mi cargo en condiciones óptimas de aseo y salud.
11. En caso en que se presente alguna eventualidad y la ruta no esté a la hora estipulada, me comunicaré y, si es necesario, me desplazaré con el/la participante a mi cargo a la unidad operativa.

12. De presentarse demoras en el servicio de ruta, los referentes, padres o cuidadores deben esperar en el punto, teniendo en cuenta que este es un servicio complementario a la Unidad Operativa.
13. Debo actualizar permanentemente mis datos de ubicación y de contacto en la unidad operativa.
14. Cuando no haga uso permanentemente de la ruta, quedará en evidencia que no requiero el servicio, razón por la cual se asignaría el cupo a otro participante de acuerdo con el reglamento establecido.
15. En ninguna circunstancia, entregaré medicamentos, fórmulas médicas o documentos del participante a mi cargo a los encargados de la ruta, debo hacerlo directamente en el Centro Crecer.
16. El participante a mi cargo NO puede consumir alimentos en la ruta, ni en los paraderos correspondientes.
17. Como referente del participante a mi cargo me comprometo a seguir las recomendaciones y medidas de bioseguridad establecidas por el ente de salud para la entrega y recogida, (uso de tapabocas, lavado de manos, distanciamiento social, toma de temperatura) de acuerdo con los protocolos de bioseguridad establecidos a nivel distrital.
18. Me comprometo a informar si el participante a mi cargo tiene algún síntoma o signo de enfermedad (fiebre, tos, malestar general, vomito, diarrea, entre otros), abstenerme de llevarlo a la unidad operativa o punto de encuentro de ruta.
19. Acatare en su totalidad el reglamento de la ruta que hace parte integral de la presente acta de compromiso.

*El incumplimiento de las obligaciones establecidas en la presente acta dará lugar a las acciones legales previstas en la ley.*

Para constancia, se firma el presente documento a los 09 días del mes de 09 de 2024

FIRMA

Padre – Madre o Referente del participante 52929143

FIRMA

Funcionario-a Unidad Operativa

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

ESPACIO PARA FIRMA A RUEGO:

En virtud que el-la señor-a _____ identificado-a con cédula de ciudadanía No._____ no puede firmar por _____en cumplimiento de los requisitos establecidos por el Artículo 826 del Código de Comercio, a su ruego firma el-la señor-a _____ identificado con documento de identidad. No. _____.

FIRMA

Huella dactilar o plantar del Rogante
C.C. No. _____

FIRMA

Firma del Rogado
C.C. No. _____

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
41.776.772
NUMERO

VARGAS
APELLIDOS

FANNY
NOMBRES

Fanny Vargas
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-SEP-1959
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

22-DIC-1977 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ REGISTRO LOPEZ

A-1500104-47149431-F-0041776772-20060706 0132006187C 03 187185145



INDICE IZQUIERDO

FECHA DE NACIMIENTO 27-AGO-1959

ANOLAIMA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 O+ M
ESTATURA G.S./ RH SEXO

04-AGO-1978 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00205926-M-0019389289-20091222 0019279465G 1 5020159682

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 19.389.289

APELLIDOS
CASTRO

NOMBRES
DANIEL



FIRMA