REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.029.288.496**

PARRA LOPEZ

APELLIDOS

JEIDER EDUARDO

NOMBRES

Jeider

FIRMA



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **05-ABR-2012**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

05-ABR-2030 **O+** **M**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

04-OCT-2019 CABRERA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1502900-01137030-M-1029288496-20200310 **00705**20131A 2 51728293

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.032.656.446**

LOPEZ MENESES

APELLIDOS

YAQUELIN

NOMBRES



Jaqueline Lopez

FIRMA

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-JUL-1992**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

17-DIC-2011 BOGOTA D.C.

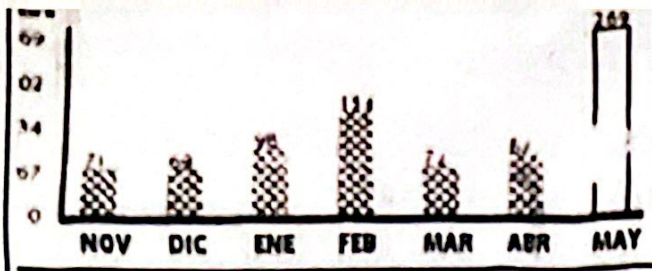
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1502900-01048858-F-1032656446-20181205 **0063**99530G 1 51066600

Powered by CamScanner

Powered by CamScan

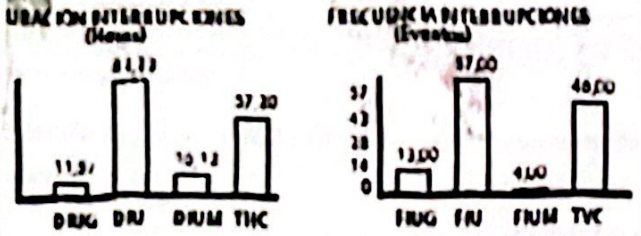


PRÓXIMA LECTURA:	15 JUN 2024
TIPO LECTURA:	Real
ANOMALÍA:	Normal
CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES	(000) 92
CONSUMO PERIODO	269 m

INFORMACIÓN DEL CONSUMO

MEDIDOR No	TIPO MEDIDA	LEC. ACTUAL	LEC. ANTERIOR	FACTOR	ENERGÍA CONS.	ENERGÍA FAC.
19608215	EAEP	21181	20912	1	269	269

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 17640TR1 GR: 11 HC: 1345 VC: 0.00 CEC: 7705 m/l 0,18
PER: 2024/03 DT: 261,84 CF: 72.00 MC: 1 MR: 1
Para mayor detalle consulte las resoluciones CREG 015 de 2018 y 016 de 2019

INFORMACIÓN DE INTERÉS

INFORMACIÓN TÉCNICA

RUTA LECTURA:			45305157
RUTA REPARTO:			4005305153B4
TIPO LIQUIDACIÓN:			Mensual
SERVICIO-ESTRATO:			RESIDENCIAL - 1
CIRCUITO-TRAFO:			LU12D17640TR1
NIVEL DE TENSIÓN:	1	CARGA(KW):	3.00

INFORMACIÓN TARIFARIA

G: 381.34 T: 54.27 D: 266.13 CV: 107.85
PR: 73.48 R: 7.15 CF: 0.00 CU: 890.22
TARIFA MES: ABR/2024
Valor kWh aplicado: $890.2240
El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia(0-130 kwh/mes) es de 59.41%

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	SUBTOTAL
CONSUMO DE ENERGÍA	
Valor kWh 890,224 X 269 (Consumo en kWh) EAEP	$239.470
RESIDENCIAL SUBSIDIO	-$68.754
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	**$170.716**
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $12.430 DIARIOS	
IM Residencial	$13.462
SUBTOTAL ASEO	$72.540
SUBTOTAL CONCEPTOS ENERGÍA	**$13.462**
Deuda per.ant Energía:	$3.295.210
Ajuste a la decena	$2

Powered by CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

NIT: 900958564

HISTORIA CLINICA PSICOLOGIA

Centro de Atención: UD - CENTRO DE SALUD MARICHUELA **Tipo de HC:** HC299

DATOS DEL INGRESO

Ingreso: 12506399 **Fecha Ingreso:** 02/06/2023 9:09 a. m. **Ingreso Por:** Consulta_Externa **Cama:**
Nº Folio: 91 **Fecha de Folio:** 02/06/2023 8:59 p. m. **Área de Servicio:** CONS PSICOLOGIA - CAPS MARICHUELA -Territoriales
Causa Externa: Enfermedad_General **Finalidad de la consulta:** No_Aplica

DATOS DEL PACIENTE

Tipo Doc: Tarjeta_de_Identidad **Identificación:** 1029288496 **Nombres:** JAIDER EDUARDO PARRA LOPEZ
F. Nacimiento: 05/04/2012 **Edad de HC:** 11 Años / 1 Meses / 27 Días **Sexo:** Masculino
Estado Civil: Soltero **Teléfono:** 3155030067 **Ocupación:** Otras Oupaciones
Dirección: EL ALTO - VEREDA PASQUILLA - CIUDAD BOLIVAR **Localidad / Barrio:** SAN JUAN - SANTO DOMINGO

DATOS AFILIACIÓN

Entidad: CAPITAL SALUD EPSS S A S **Plan:** FE CAPITAL SALUD SUBSIDIADO PGP 2023
Nivel/Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 1 **Régimen:** SUBSIDIADO EVENTO

CONVENIO MUJER CUIDADORA

¿Pertenece al convenio Mujer Cuidadora?:
Nombre Acompañante: JAQUELINE LÓPEZ MENESES **Identificacion Acompañante:** **Telefono:** 3155030067
Correo Electronico: **Estrato:** **Ocupacion:** HOGAR
Escolaridad: **Localidad Prest. Servicio:** **Manzana:**
Ubicacion Residencia: **Tipo de Poblacion:** **Discapacidad:**
Tipo de Servicio Ofrecido: **Forma de Operacion:**
Nombre del Equipamiento: **Orientacion Sexual:**
Modalidad de Atencion: **Identidad de Genero:**
¿Se identifica con algun grupo Etnico?:
¿Pertenece a uno o mas de las siguientes poblaciones?:
¿Cuenta con computador, smartphone o tablet en casa?:
¿Cuenta con conectividad a intertet en casa?:

Acompañante: JAQUELINE LÓPEZ MENESES **Teléfono(s):** 3155030067
Ocupación: HOGAR
Poblacion diferencial: Población Rural. **Consulta por:** Control

MOTIVO DE CONSULTA

REMITIDO POR EQUIPOS DE ATENCIÓN EN CASA IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN A POBLACIÓN CON RIESGO O PRESENCIA DE AFECTACIONES PSICOSOCIALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR PARTE DE LOS EQUIPOS DE SALUD TERRITORIALES DE ATENCIÓN EN CASA.

ENFERMEDAD ACTUAL

MENOR CON SINDACTILIA, ANTECEDENTE FAMILIARES DE HIPERTENSIÓN POR PARTE DE ABUELA MATERNA Y CIRUGIA DE MANOS POR SU ALTERACIÓN FISICA.

VALORACIÓN DEL RIESGO

¿En algún momento de su vida ha consumido Licor, o alguna sustancia psicoactiva (marihuana, cocaína etc.)?	No
¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o estudio a causa de la bebida como beber en el trabajo o lugar de estudio o faltar a ellos?	No
¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, ¿SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	No

Profesional GARZON SUAREZ DENNIS PAOLA
Registro Profesional 1016020786
Especialidad PSICOLOGIA PROGRAMAS

Dennis Paola Garzon Suarez
Psicóloga
TP 205505

FIRMA Y SELLO

Powered by CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

NIT: 900958564

HISTORIA CLINICA PSICOLOGIA

Centro de Atención: UD - CENTRO DE SALUD MARICHUELA **Tipo de HC:** HC299

No Historia Clínica: 1029288496 **Nombres y Apellidos:** JAIDER EDUARDO PARRA LOPEZ **Ingreso:** 12506399

Área Servicio: CONS PSICOLOGIA - CAPS MARICHUELA -Territoriales

Nivel de riesgo: BAJO

Comportamiento durante la entrevista:	CONSULTA QUE SE REALIZA EN EL DOMICILIO DEL MENOR CONTEXTURA DELGADA, TEZ TRIGUEÑA, OJOS OSCURO, CABELLO CORTO, SU PRESENTACIÓN PERSONA ES CONSERVADA. ESPACIO DE LA CONSULTA ES SEGURO,PARA LA PACIENTE. VIVIENDA FAMILIAR POR PARTE DE SU PAREJA, CUENTA CON 2 ALCOBAS, COCINA Y BAÑO INDEPENDIENTE CON SERVICIOS PÚBLICOS. LA INFRAESTRUCTURA ES SEGURA, ESTABLE SIN NINGÚN RIESGO DE CAÍDA. PACIENTE MEOR EXPECTANTE CON BUENA ACTITUD EN LA VALORACIÓN, LENGUAJE SIN ALTERACIÓN, ADECUADA FLUIDEZ VERBAL, MUESTRA ACTITUD COLABORADORA, RESPONDE CON ESPONTANEIDAD LAS PREGUNTAS REALIZADAS. MANTIENE POSTURA QUE REFLEJA TRANQUILIDAD Y CONFIANZA. CONTACTO VISUAL ESPONTÁNEO.
ANALISIS Y/O EVOLUCIÓN	SE REALIZA TERCERA SESIÓN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DE EAC A MENOR MASCULINO DE 10 AÑOS QUE MUESTRA BUENA DISPOSICIÓN EN LA CONSULTA, SE MUESTRA SONRIENTE. SE REALIZA ACTIVIDAD DE IDENTIFICACIÓN DE EMOCIONES Y LAS DIFERENTES FORMAS DE EXPRESARLAS Y MANIFIESTARLAS (LENGUAJE VERBAL Y NO VERBAL), E MUESTRA ACTIVO PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDAD. SE REALIZA ACTIVIDDA DE JUEGOS DE ROLES PARA INTERPRETACIONES DE EMOCIONES TANTO GRAFICAS COMO EN EJEMPLO DE SITUACIONES COTIDIANAS, POR MEDIO DE LA CREACIÓN GAFICA DE ALGUNA DE ELLAS. MENOR QUE SE ENCUENTRA TRAQNUILO, INDICA MEJORAS CON LA ACAPTACIÓN DE SUS MANOS. MENOR QUE ESTA A LA ESPERA DE PROGRAMACIÓN DE CIRUGIA DE LAS MANOS. NO SE EVIDENCIA ALTERACIÓN EN SU ESTADO COMPORTAMENTAL, NI EMOCIONAL. SIN ALTERACIÓN EN CONDUCTA ALIMENTARIA, NI PATRÓN DE SUEÑO INSOMNIO/HIPERSONIA.

PLAN DE MANEJO

AREAS DE AJUSTE Y/O SEGUIMIENTO

Area Psicomotora:	NO SE EVIDENCIA DIFICULTADES EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR DEL PACIENTE, REALIZA MOVIMIENTOS SIMULTANEOS, TIENE EQUILIBRIO, PRESENTA COORDINACIÓN VISO -MANUAL Y COORDINACIÓN EN SUS EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES.
Area Personal:	MENOR QUE LE GUSTA JUGAR CON SUS PARES Y SU HERMANA MENOR.
Area Familiar:	MENOR QUIEN VIVE CON SUS PADRES Y SU HERMANA MENOR 4 AÑOS.
Area Social:	PACIENTE CON REDES DE APOYO SOCIO FAMILIAR ADECUADAS
Area Academica:	ACTUALMENTE SE ENCUENTRA CURSANDO 5° DE PRIMARIA.
Area Laboral:	NO APLICA
Tecnicas terapeuticas y manejo a utilizar:	SE REALIZARA ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO A PACIENTE FEMENINA A TRAVÉS DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL, DE ACUERDO A LA GUÍA MHGAP 2.0; PRESTANDO APOYO EN EL MANEJO EMOCIONAL Y ADAPTACIÓN. SE REALIZARÁ CONTROLES POR PSICOLOGÍA DE LOS EAC, EN LOS CUALES SE REALIZARÁ UNA VEZ POR SEMANA.

EDUCACION EN :	VALORACIÓN ADICIONAL (Remite a):
Manejo Tiempo Libre Actividad Física y nutrición adecuada Higiene del sueño	Control Psicología

Profesional GARZON SUAREZ DENNIS PAOLA
Registro Profesional 1016020786
Especialidad PSICOLOGIA PROGRAMAS

Psicóloga
TP 205505

FIRMA Y SELLO

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.] NIT [900958564-9]

Usuario: 1022346158

Powered by CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

NIT: 900958564

HISTORIA CLINICA PSICOLOGIA

Centro de Atención: UD - CENTRO DE SALUD MARICHUELA **Tipo de HC:** HC299

No Historia Clínica: 1029288496 **Nombres y Apellidos:** JAIDER EDUARDO PARRA LOPEZ **Ingreso:** 12506399

Área Servicio: CONS PSICOLOGIA - CAPS MARICHUELA -Territoriales

IMPRESION DIAGNOSTICA

Código	Descripción	Dx Principal
F432	TRASTORNOS DE ADAPTACION	Ppal ☑

Profesional GARZON SUAREZ DENNIS PAOLA
Registro Profesional 1016020786
Especialidad PSICOLOGIA PROGRAMAS

Psicóloga
TP 205505

FIRMA Y SELLO

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

Información de afiliación 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
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1029268496
NOMBRES	JEIDER EDUARDO
APELLIDOS	PARRA LOPEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D C
MUNICIPIO	BOGOTA D C

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	06/07/2017	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de impresión: | 06/19/2024 15:38:03 | **Estacion de origen:** | 192.168.70.220

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO	Elaborado por: Revisado por: Aprobado por:	

FORMATO DE SOLICITUD

1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

Primer Nombre	Jeider	Segundo Nombre	Eduardo
Primer Apellido	Parra	Segundo Apellido	Lopez
Tipo de Identificación	RC: X; CC; CE; PEP; Otro; ¿Cuál?	No. de ID	1029288496 — Nacionalidad: Colombiana
Fecha de Nacimiento	05 (DD) 04 (MM) 2012 (AA) — Edad: 12	Sexo	X: M; I/N — Género: F: X; TR; Otro; ¿Cuál?
Nombre Identitario	———	Orientación Sexual	HE; HO; BI; NS/NR; Otro; ¿Cuál?
¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales?	1. Gestante; 2. Persona con discapacidad: X; 3. Víctima del conflicto armado; 4. Población LGTBIQ+; 5. Excombatiente; 6. Persona en condición de calle; 7. Inmigrantes; 8. Campesino: X; 9. Persona de sustitución pulmonar; 10. Ninguna		
¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos étnicos?	1. Afrodescendiente; 2. Negro/a; 3. Palenquero; 4. Raizal; 5. Indígena; Indique nombre de Pueblo Indígena; 6. Rom o gitano/a; 7. Ninguno: X		
Localidad	20 (Código) Sumapaz (Nombre)	Barrio	Vereda Santo Domingo
UPZ	———		
Dirección	Santo Domingo		Estrato:
Descripción de la ocupación	Estudiante	Teléfonos	3155030067
Tipo de Afiliación a Salud	X; C; PPNA; EX/ES	EAPB	Capital Salud
SISBEN	X; NO	Puntaje del SISBEN	
Diagnóstico Médico (CIE10)	Q70.9 Sindactilia compleja	Tipo de Discapacidad	X; A; V; S/C; X; P/MT; MP
Dispositivos de Asistencia Personal - Solicitado(s)	Kit AVD (mango multifuncional) DAP - AT 1; Kit cognitivo (cubo de aprendizaje, fichas de construcción) DAP - AT 2	Tablet DAP - AT 3	Cuenta con Cuidador(a): X; NO
Nombre de Cuidador (a)	Yaqueline Lopez	Parentesco	Mamá
Datos del cuidador	Teléfono: ——— Dirección: ———	Vive con la persona con discapacidad	X; NO
Otro contacto	Teléfono: ——— Dirección: ———	Parentesco	———
El solicitante es	Nuevo candidato: X; Beneficiario de vigencia anterior	Vigencias en las que ha sido beneficiario	Fecha de Solicitud: 22 (DD) 05 (MM) 24 (AA)
Si el solicitante ha sido beneficiario (a) en otras vigencias, especificar los dispositivos recibidos	———		

2. SELECCIÓN DE CANDIDATO: (Marque con una x)

Criterios de selección del Candidato	Si	No
a. Cumple con los requisitos para ser beneficiario del convenio o contrato.	X	
b. Presenta los documentos solicitados, de acuerdo con lo establecido en el Lineamiento Técnico Distrital.	X	
c. El solicitante anexa prescripción médica realizada por un médico ortopedista o fisiatra (obligatorio para calzado ortopédico, plantillas y medias de compresión)	X	
d. El dispositivo de asistencia personal -DAP- es un elemento No cubierto por el Plan de Beneficios	X	

3. AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES Y COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

3.1 AUTORIZACIÓN EN CALIDAD DE CANDIDATO (A)

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, acerca del tratamiento de datos personales y la Resolución 1995 de 2005 que establece el manejo y custodia de la Historia Clínica; **en mi calidad de candidato(a)** al proyecto de otorgamiento de ayudas técnicas NO POS del Fondo de Desarrollo Local, yo, _____, identificado(a) con _____ número _____, autorizo al FDL y al ejecutor del convenio o contrato, a (marque con una x, según corresponda): **a. Manejo de mis datos personales**___, **b. Registro fotográfico**___ **y c. Anexar copia de mi historia clínica**___, como parte de la documentación para el proceso de otorgamiento del(los) Dispositivo(s) de Asistencia Personal - Ayuda(s) Técnica(s) NO POS solicitadas a través del proyecto de inversión local en salud de la actual vigencia del Fondo de Desarrollo Local; información que será archivada en la carpeta correspondiente como soporte del proceso para verificación por entes de control.

3.2 AUTORIZACIÓN EN CALIDAD DE CUIDADOR (A) Y/O REPRESENTANTE LEGAL

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, acerca del tratamiento de datos personales y la Resolución 1995 de 2005 que establece el manejo y custodia de la Historia Clínica; **en mi calidad de cuidador(a) y/o representante de la persona con discapacidad candidato(a)** al proyecto de otorgamiento de ayudas técnicas NO POS del Fondo de Desarrollo Local, yo, Yaqueline Lopez, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1032666496, autorizo al FDL y al ejecutor del convenio o contrato, a (marque con una x, según corresponda): **a. Manejo de datos personales** X, **b. Registro fotográfico** X **y c. Anexar copia de historia clínica** X, como parte de la documentación de la persona con discapacidad, la cual represento, para el proceso de otorgamiento del(los) Dispositivo(s) de Asistencia Personal - Ayuda(s) Técnica(s) NO POS solicitadas a través del proyecto de inversión local en salud de la actual vigencia del Fondo de Desarrollo Local; información que será archivada en la carpeta correspondiente como soporte del proceso para verificación por entes de control.

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO	Elaborado por: Revisado por: Aprobado por:	

Nombre del Candidato(a)	Jeider Parra	Firma	NO Firmó	Tipo y No. de ID TI	1024288490	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)	Yaqueline Lopez	Firma	YAQUELINE LH	Tipo y No. de ID CC	1032056446	
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	Natalia J.M	Tipo y No. de ID CC	1022393944	
Nombre del Gestor Com.		Firma		Tipo y No. de ID		

4. DECISIÓN DEL COMITÉ TÉCNICO DE APROBACIÓN DEL CONVENIO O CONTRATO (Este espacio debe ser diligenciado exclusivamente durante el proceso de presentación del caso en el marco del Comité Técnico de Aprobación): El Comité Técnico estudió y aprobó el otorgamiento del(los) siguiente(s) Dispositivo(s) de Asistencia Personal - Ayuda(s) Técnica(s): (Marque con una x)

Dispositivo de Asistencia Personal Solicitado	Aprobada		Criterios de No Aprobación
	SI	NO	
1. Kit Avd	X		
2. Kit cognitivo	X		
3. Tablet	X		

Observaciones: Se realiza aprobación de kit de avd, kit cognitivo, tablet ya que las partes del comité se encuentran de acuerdo

SESIÓN DEL COMITÉ TÉCNICO – ACTA No. _____ **FECHA:** _____

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador (a)	Natalia Sanabria	Firma	Natalia J.M	Tipo y No. de ID CC	1022393944
	Nombre del(a) Supervisor(a) delegado(a) por el FDL		Firma		Tipo y No. de ID	

Fuente Bibliografica: Formato adaptado del Lineamiento para el otorgamiento de Dispositivos de Asistencia Personal 2023, séptima edición – Equipo GPIL SDS, 2024

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO	Elaborado por: Revisado por: Aprobado por:	

FORMATO DE HISTORIA DE VULNERABILIDAD

1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

Primer Nombre	Jeider						Segundo Nombre	Eduardo			
Primer Apellido	Parra						Segundo Apellido	Lopez			
Tipo de Identificación	RC	X	CC	CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No. de ID	1029288496		
Fecha de Visita	22 DD	05 MM	24 AA								

2. CONDICIONES DEL USUARIO

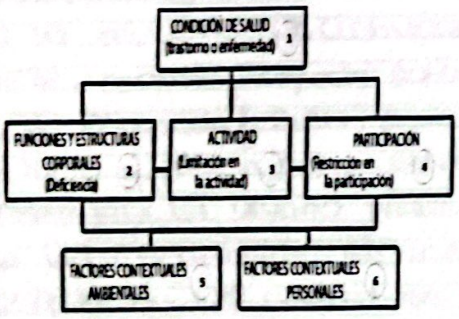
Capacidad de funcionamiento para el uso del Dispositivo de Asistencia Personal: (Calificador de la CIF equivalencia cualitativa, marque con una X)	4. Dificultad completa (Total)	3. Dificultad Grave (Mucha extrema)	2. Dificultad Moderada (Media/ Regular) X	1. Dificultad Ligera (Poca escasa)	0. No hay Dificultad (Ninguna Insignificante)
Niveles de apoyo para el uso del Dispositivo de Asistencia Personal: (Calificador de la CIF equivalencia cualitativa, marque con una X)	Inexistente	Limitado	Existente	Generalizado	

Autocuidado			
Higiene	Independiente X	Semidependiente	Dependiente
Vestido	Independiente	Semidependiente X	Dependiente
Alimentación	Independiente X	Semidependiente	Dependiente
Otro ¿Cuál?	Independiente	Semidependiente	Dependiente

Cuenta con el Registro Local de Caracterización de Personas con Discapacidad y Certificado de Discapacidad	SI	X	Observaciones

VALORACIÓN DE LA CIF

(Realizar la descripción técnica, de acuerdo con las características evidenciadas, tomando como referencia los dominios de cada componente contenidos en el instructivo ubicado al final del formato)



1	- sindactilia completa - trastorno de adaptacion
2	b147.2 funciones psicomotoras b152.2 funciones emocionales (adaptacion) b265.2 funciones tactiles exteroc) b710.2 funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones s730.2 Estructura de la extremidad superior s798.2 Estructura relacionadas con el movimiento (cuerpo-metacarpo-falanges)
3	d130.2 Copiar (textos largos) d155.2 Adquisición de habilidades d220.2 llevar a cabo multiples tareas

Powered by CamScanner

4	d298-2 Tareas y demandas generales (dificultad para realizar actividades en el colegio) d490-3 Uso fino de la mano (recoger y manipular objetos) d430-2 Levantar y llevar objetos (Principalmente objetos pesados)
5	(Incluir barreras y facilitadores) Barreras= - Recursos economicos escasos - No cuenta con terapias Fisicas- ocupacionales
6	(Incluir barreras y facilitadores) Facilitadores. - Estudia en la unión - Recibe apoyo emocional de la familia

3. ANÁLISIS DE CORRELACIÓN CLINICA, SOCIAL Y DE CONDICIONES DE VIDA (justificación para la prescripción y proceso de aprobación de los Dispositivos de Asistencia Personal, solicitados para el candidato): Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo.

Usuario de 12 años con diagnosticos anteriormente mencionados, realiza la mayoria de actividades de la vida diaria de forma independiente; requiere ayuda para labores donde se tenga que hacer uso de la motricidad fina, presenta alteración de los mecanoreceptores de tacto y presión, dificultando realizar algunas tareas y demandas generales. El usuario presenta un trastorno de adaptación que se ha visto reflejado en la parte escolar limitando la adquisición de habilidades. No cuenta en el momento con terapias, su familia lo apoya en las actividades que se le dificulta realizar

4. ASESORÍA Y CANALIZACIÓN: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo.						**SI**	**NO**
Se brinda información para el proceso de Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - RCLCPD						X	
Se brinda información para el proceso de certificado de discapacidad						X	
Se brinda información respecto a estrategias, programas, proyectos distritales y locales, dirigidos a las personas con discapacidad						X	
Se realiza proceso de canalización	**SI**	**Intersectorial**	**Intrasectorial**	**Intrainstitucional** X	**Interinstitucional**		**NO**
Si su respuesta fue si, debe diligenciar el formato relacionado con canalizaciòn y anexarlo.							

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARIA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO	Elaborado por: Revisado por: Aprobado por:	

Nombre del Candidato(a)	Jeider Parra	Firma	NO firma	Tipo y No. de ID	TI 1079288496	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)	Yaqueline Lopez	Firma	YAQUELINE LÓ	Tipo y No. de ID	CC 1032656446	
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	Natalia S.m	Tipo y No. de ID	CC 1022393944	
Nombre del Gestor Com.		Firma		Tipo y No. de ID		

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador (a)	Natalia Sanabria	Firma	Natalia S.m	Tipo y No. de ID	CC 1022393944
	Nombre del(a) Supervisor(a) delegado(a) por el FDL		Firma		Tipo y No. de ID	

Fuente Bibliográfica: Formato adaptado del Lineamiento para el otorgamiento de Dispositivos de Asistencia Personal 2023, séptima edición – Equipo GPIL SDS, 2024

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD FORMATO CONTROLADO NO CODIFICADO	Elaborado por: Revisado por: Aprobado por:	

FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE ASISITENCIA PERSONAL - PARA ACTIVIDADES DOMÈSTICAS, COMUNICACIÒN, INFOMACIÒN, SEÑALIZACIÒN, MANEJO DE BIENES Y PRODUCTOS- CLASES 15, 21 Y 24

1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

Primer Nombre	Jaider						Segundo Nombre	Eduardo			
Primer Apellido	Parra						Segundo Apellido	Lopez			
Tipo de Identificación	RC	X	CC	CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No. de ID	1029288496		
Fecha de Visita	DD 22	MM 05	AA 24	Frecuencia de uso				Permanente	Frecuente X	Ocasional	

2. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES

2.1 AUDICIÓN

Aplica Sí____ No X

							Fecha DD	MM	AAAA
¿Presenta alguna deficiencia?	SI	NO	¿Cuál?						
Resultado del examen auditivo referido							DD	MM	AAAA
¿Es usuario de audífono u otro dispositivo de amplificación del sonido?	SI	NO	¿Qué tipo de dispositivo utiliza?	Análogo	Digital	¿Hace cuánto tiempo usa el dispositivo?			
Es canalizado a su EAPB para audífono						NO			
¿El uso del dispositivo ha sido funcional?			SI			NO			
¿Ha facilitado su proceso de comunicación?			SI			NO			

2.2 ALIMENTACIÓN

Aplica Sí ____ No X

Tipo de alimentación		Líquida	Pastosa	Sólida	Mixta	¿Se alora?	SI	NO	A VECES	¿Con cuáles consistencias?	
¿Cumple las condiciones para los procesos de alimentación (succión, deglución, mordedura y mascado)?						SI			NO		

2..3 LENGUAJE Y COMUNICACIÓN

Incluir: Aplica Sí ____ No X

Contacto visual	SI	NO	Responde al nombre	SI	NO	Comprende el "NO"	SI	NO	Comprende gestos	SI	NO	
Comprende órdenes sencillas	SI	NO	Reconoce partes del cuerpo	SI	NO	Comprende dos órdenes	SI	NO	Establece diferencias	SI	NO	
Comprende órdenes semicomplejas	SI	NO	Comprende órdenes complejas	SI	NO							
Usuario de algún SCAA							SI	NO	¿Cuál(es)?			

Powered by CamScanner

Reconoce elementos de uso cotidiano			SI	NO
Reconoce la función de estos elementos			SI	NO
Tipo de comunicación		Oral	Gestual	Lecto-escritura
Lectoescritura	Lee	Escribe	Funciona	En proceso

2.4. ÁREA COGNITIVA

Aplica Si X **No** ___

Lateralidad	SI	X	Percepción visual	X	NO	Motricidad fina	SI	X
Orientación	X	NO	Procesos mentales	X	NO			

2.5 MOTRICIDAD

Patrón mano-boca funcional	X	NO	Limitación rangos de movimiento MMSS	SI	NO X	Temblor y/o movimientos asociados MMSS			SI	NO
Fuerza muscular MMSS	X	NO	Tipo de agarre	Manos llenas	Cilíndrico	Enganche	Dígito palmar	Ninguno	Otro ¿Cuál?	
Postura: Asume y mantiene	Sedente X		Cuadrúpeda	Bípeda	De cubito	Otra ¿Cuál?				
Posición cefálica	Neutra X		Lateralizada		Con rotación	Hiperextendida			Colgante	
Limitación rangos de movimiento en MMSS			X			NO				
Temblor y/o movimientos asociados en MMSS			SI			X				
Dominancia	Izquierda					Derecha X				

3. PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL PARA LA COMUNICACIÓN, ALIMENTACIÓN Y/O COGNICIÓN

NOMBRE DEL DISPOSITIVO		DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
Amplificador FM	SI	___	
Kit de Parkinson	SI	___	
Dispositivos de ABC y AVD	X	mango multifuncional	1
Kit de alimentación	SI	___	
Ayudas para señalización	SI	___	
Juguetes adaptados	X	cubo de aprendizaje / fichas de construcción	2
Mesas	SI	___	
Otro(s) ¿Cuál(es)?	X	Tablet	1

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD FORMATO CONTROLADO NO CODIFICADO	Elaborado por: Revisado por: Aprobado por:	

Observaciones del Profesional: Usuario con diagnosticos medicos anteriormente mencionados se encuentra en programa volver a la escuela; requiere mucho Multifuncional, cubo de aprendizaje, pictos de construccion y tablet trabajando la motricidad fina, la adquisición de habilidades, la adaptacion escolar contribuyendo asi a mejorar su calidad de vida

Nombre del Candidato(a)	Jeider Parra	Firma	NO firma	Tipo y No. de ID	TI 1029888496	Huella Digital del Candidato	
Nombre del Cuidador(a)	Yaqueline Loret	Firma	YAQUELINE LH	Tipo y No. de ID	CC 1032656446		
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	NataliaSm	Tipo y No. de ID	CC 1022393944		

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador (a)	Natalia Sanabria	Firma	NataliaSm	Tipo y No. de ID	CC 1022393944
	Nombre del(a) Supervisor(a) delegado(a) por el FDL		Firma		Tipo y No. de ID	

Fuente Bibliográfica: Formato adaptado del Lineamiento para el otorgamiento de Dispositivos de Asistencia Personal 2023, séptima edición – Equipo GPIL SDS, 2024

Observaciones a tener en cuenta para la prescripción:

- Variables con opciones de respuesta cuyo contenido esté en formato centrado, por ejemplo "Tipo de Identificación", se marca con una X según corresponda.
- Variables con opción de respuesta cuyo contenido se encuentre en formato inferior, por ejemplo "Fecha de Visita", debe ser diligenciada.
- El Kit debe estar compuesto de los elementos necesarios de acuerdo a las particularidades de cada usuario.
- Es importante que en los términos de referencia se especifiquen elementos para adultos, tener en cuenta el tamaño y que no tengan diseño con motivos infantiles. (Revisar con proveedores) y tener en cuenta los tiempos de entrega.

Powered by CamScanner

JEIDER EDUARDO PARRA LOPEZ

USUARIO DE 12 AÑOS CON DIAGNÓSTICOS MÉDICOS DE SINDACTILIA COMPLEJA Y TRASTORNO DE ADAPTACIÓN, VIVE CON SU MADRE-ABUELOS Y TÍOS, REALIZA LA MAYORÍA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE FORMA INDEPENDIENTE, REQUIERE AYUDA PARA LABORES DONDE TENGA QUE HACER USO DE LA MOTRICIDAD FINA, PRESENTA ALTERACIÓN DE LOS MECANORRECEPTORES DE TACTO Y PRESIÓN DIFICULTANDO REALIZAR ALGUNAS TAREAS Y DEMANDAS GENERALES. EL USUARIO PRESENTA UN TRASTORNO DE ADAPTACIÓN QUE SE HA VISTO REFLEJADO EN LA PARTE ESCOLAR LIMITANDO LA ADQUISICIÓN DE HABILIDADES. NO CUENTA EN EL MOMENTO CON TERAPIAS LO QUE ESTÁ AFECTANDO EL RESULTADO DE LA CIRUGÍA.

REQUIERE KIT COGNITIVO (MANGO MULTIFUNCIONAL, CUBO DE APRENDIZAJE, FICHAS DE CONSTRUCCIÓN Y TABLET) TRABAJANDO LA MOTRICIDAD FINA, ADQUISICIÓN DE HABILIDADES Y ADAPTACIÓN ESCOLAR.



Powered by CamScanner