REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.031.137.064**

TAUTIVA RAMIREZ

APELLIDOS

YEIMER URIEL

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-DIC-1991**

USME
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 **A+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

24-FEB-2010 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00836571-M-1031137064-20160616 0050123267A 1 1673918148

Powered by CamScanner

enel

PARA PAGO Y CONSULTAS
TU NÚMERO DE CLIENTE ES:

3811500

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

Factura de servicio
No. 140088

CLIENTE

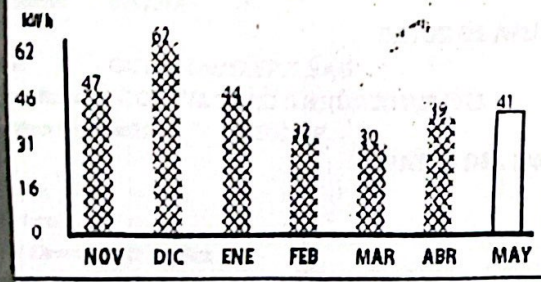
LIBERATO TAUTIVA MORA

MP BOGOTA CORREGIMIENTO SN JUAN VD STO DOMINGO FC LA PLANADA -SANTO DOMINGO-BOGOTA, D.C.

FECHA DE EXPEDICIÓN: 15 MAY

TOTAL A PAGAR	DÍAS FACTURADOS	PAGO OPORTUNO	FECHA SUSPENSIÓN
$12.930	33	22 MAY / 2024	24 MAY / 2024

EVOLUCIÓN DEL CONSUMO

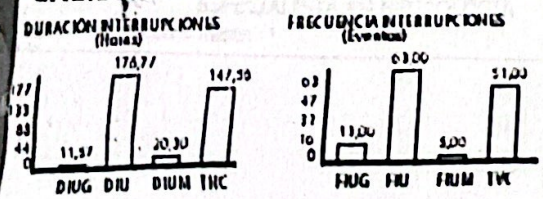


PERIODO FACTURADO	13 ABR / 2024 A 15 MAY / 2024
PRÓXIMA LECTURA:	15 JUN 2024
TIPO LECTURA:	Real
ANOMALÍA:	Normal
CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES:	(000) 42
CONSUMO PERIODO	41 kWh

INFORMACIÓN DEL CONSUMO

MEDIDOR No	TIPO MEDIDA	LEC. ACTUAL	LEC. ANTERIOR	FACTOR	ENERGÍA CONS.	ENERGÍA FAC.
255350	EAFP	6092	6051	1	41	41

CALIDAD DEL SERVICIO



CU: 30491TR1 GR: 11 HC: 17,64 VC: 0,00 CEC: 30,67 Pct: 0,18
PER: 2024/03 DT: 175,52 CF: 30,00 MC: 1 MF: 1

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

INFORMACIÓN DE INTERÉS

INFORMACIÓN TÉCNICA

RUTA LECTURA:	4540516 20
RUTA REPARTO:	4000530516 405
TIPO LIQUIDACIÓN:	Mensual
SERVICIO-ESTRATO:	RESIDENCIAL - 1
CIRCUITO-TRAFO:	LU11D 30491TR1
NIVEL DE TENSIÓN: 1	CARGA(KW): 3,10

INFORMACIÓN TARIFARIA

G: 351.34 T: 54.27 D: 221.30 CV: 107.85
PR: 73.48 R: 7.15 CF: 0,00 CU: 845.39
TARIFA MES: ABR/2024
Valor kWh aplicado: $845.3945
El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia(0-130 kwh/mes) es de 59.00%

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	SUBTOTAL
CONSUMO DE ENERGÍA	
Valor kWh 845.3945 X 41 (Consumo en kWh) EAFP	$34.661
RESIDENCIAL SUBSIDIO	-$20.756
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$13.905
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $1.472 DIARIOS	
COMPENSAC CREG SERV.015/18	$975
SUBTOTAL CONCEPTOS ENERGÍA	-$975

Powered by CamScanner

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

Fecha de Registro: 13/04/2024 8:55:24 a. m.
Fecha Actual : sábado, 13 abril 2024

NIT: 900958564

USS: TNCP - CAPS TUNAL
CR 20 47D-35 SUR

SOLICITUD DE EXÁMENES

CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

Nº Historia Clínica: 1031137064 **Nº Folio:** 22 **Folio Asociado:** 19 **Nº DE ORDEN:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: YEIMER URIEL TAUTIVA RAMIREZ
Tipo de documento: CédulaCiudadanía **Identificación:** 1031137064 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 24/12/1991 **Edad Actual:** 32 Años / 3 Meses / 20 Días **Estado Civil:** Soltero
Dirección: VEREDA EL DESTINO **Teléfono:** 3223262194
Procedencia: BOGOTA **Ocupación:** Otras Ocupaciones

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: CAPITAL SALUD EPSS S A S **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: FE CAPITAL SALUD SUBSIDIADO PGP 2023 **Nivel - Estrato:** SUBSIDIADO NIVEL 2
Código Plan de Beneficios: FES03414

DATOS DEL INGRESO

Responsable: m **Teléfono Resp:** m
Dirección Resp: m **Nº Ingreso:** 14319071 **Fecha:** 13/04/2024
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General
ÁREA SERVICIO: X00SS **SELECCIONAR CENTRO DE COSTO**

IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnóstico: G401 EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES)

LISTADO DE EXÁMENES

OID DGH	CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO
53948517	890374	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	1	Rutinario

Observación: control en 6 meses

Total Ítems: 0

Profesional 1032459319 - GONZALEZ CANABAL ANDRES FELIPE
Registro Profesional 1032459319
Especialidad NEUROLOGIA

CC 1.032.459.319.
FIRMA Y SELLO

Solicite su cita en la Linea Única Distrital de Citas Medicas 3078181 o Linea gratuita 018000118181

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

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN SALUD PUBLICA
SUBSISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD MENTAL
FORMATO DE REMISIÓN DE CASOS

ENTIDAD QUE REMITE: SDS SubRed Sur - SIVIM

FECHA DE REMISIÓN: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (D D M M A A A A)

NOMBRE Y APELLIDOS Yeimer Uriel Tativo Ramirez

TIPO DE DOCUMENTO: CNV ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☒ PA ☐ PEP ☐ MSI ☐ ASI ☐ CE ☐

CNV: CERTIFICADO NACIDO VIVO - RC: REGISTRO CIVIL - TI: TARJETA DE IDENTIDAD - CC: CEDULA DE CIUDADANIA - CE: CEDULA DE EXTRANJERIA - PA: PASAPORTE - PEP: PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA - MSI: MENOR SIN IDENTIFICACION - ASI: ADULTO SIN IDENTIFICACION

NUMERO DE DOCUMENTO: 1031137064

DIRECCIÓN: Vereda Santo Domingo **BARRIO:** Vereda Santo Domingo

TELÉFONO: _____ **CELULAR:** 3223262194

EAPB: Capital Salud **COTIZANTE** ☐ **BENEFICIARIO** ☒

ACUDIENTE O FAMILIAR Maria Clementina Ramirez Torres

TIPO DE DOCUMENTO: CNV ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☒ PA ☐ PEP ☐ MSI ☐ ASI ☐

CNV: CERTIFICADO NACIDO VIVO - RC: REGISTRO CIVIL - TI: TARJETA DE IDENTIDAD - CC: CEDULA DE CIUDADANIA - CE: CEDULA DE EXTRANJERIA - PA: PASAPORTE - PEP: PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA - MSI: MENOR SIN IDENTIFICACION - ASI: ADULTO SIN IDENTIFICACION

NUMERO DE DOCUMENTO: 39643259

TELÉFONO: _____ **CELULAR:** 3202340247

SE REMITE A:

- ☒ ATENCIÓN MEDICA
- ☐ CONTROL PRENATAL
- ☐ C Y D
- ☐ PAI
- ☒ PSICOLOGÍA
- ☐ PSIQUIATRÍA
- ☐ TRABAJO SOCIAL
- ☐ OTRO Cual?: _____

REMISIÓN A INSTITUCIONES:

- ☐ URI - UNIDAD DE REACCION INMEDIATA
- ☐ CAIVAS
- ☐ CAPIV
- ☐ COMISARIA DE FAMILIA
- ☐ CAVIF
- ☐ CENTRO ZONAL ICBF
- ☐ CESPA
- ☐ CASA DE IGUALDAD Y OPORTUNIDAD PARA LA MUJER

LINEAS DE ATENCIÓN

- ☐ LINEA 123
- ☐ LINEA 106 (Ayuda psicosocial)
- ☐ PIÉNSALO 01800112439 (SPA)
- ☐ LINEA 155
- ☐ LINEA PURPURA 18000112137
- ☒ LINEA 141 - ICBF
- ☐ HABLALO.COM.CO

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE REMISIÓN Y ORIENTACIÓN BRINDADA

Usuario de 30 años con diagnostico de deficit cognitivo leve y epilepsia primaria generalizada tipo ausencia tipica, quien el dia 28 de Abril 2022 se encontraba en la vivienda sin cuidador, presentando caida accidental en moto, hasta el momento sin asistencia al medico para valoracion, el usuario se encuentra sin Certificado de discapacidad, y no se encuentra en controles de salud, ultimo control medico hace aproximadamente 6 meses, se canaliza a Salud Mental y medicina general.

Clementina Ramirez
NOMBRE DEL USUARIO

Jeraldy Salgado
NOMBRE EL PROFESIONAL

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 Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NUMERO DE IDENTIFICACION	1031137064
NOMBRES	YEIMER URIEL
APELLIDOS	TAUTIVA RAMIREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	01/10/2015	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: | 06/19/2024 15:40:26 | **Estación 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	Yelmer	Segundo Nombre	Yinel
Primer Apellido	Tautiva	Segundo Apellido	Ramirez
Tipo de Identificación	RC: ; TI: X ; CE: ; PEP: ; Otro: ; ¿Cuál?	No. de ID	1031137064
Nacionalidad	colombiano		
Fecha de Nacimiento	DD: 24 ; MM: 12 ; AA: 1991	Edad	32
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: ; 3. Víctima del conflicto armado: ; 4.Población LGTBIQ+: ; 5. Excombatiente: ; 6. Persona en condición de calle: ; 7. Inmigrantes: ; 8. Campesina: X ; 9. Persona de sustancias psicoactivas: ; 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.Room o gitano/a: ; 7. Ninguno: X		
Localidad	Código: 20 ; Nombre: Sumapaz	Barrio	Vereda Santo Domingo
UPZ	—		
Dirección	Vereda Santo Domingo	Estrato	
Descripción de la ocupación	Ninguna	Teléfonos	3223262194
Tipo de Afiliación a Salud	X ; C: ; PPNA: ; EX/ES: ; EAPB: Capital Salud	SISBEN	X ; NO: ; Puntaje del SISBEN: C1
Diagnóstico Médico (CIE10)	G401 Epilepsia y sindromes epilepticos	Tipo de Discapacidad	F: ; A: ; V: ; S/C: X ; P/MT: ; MP:
Dispositivos de Asistencia Personal - Solicitado(s)	DAP - AT 1: Kit cognitivo (cajas rellenas, fichas de construcción, ruleta de emociones, tangram sencillo, torre de equilibrio) ; DAP - AT 2: ; DAP - AT 3: Tablet	Cuenta con Cuidador(a)	X ; NO:
Nombre de Cuidador (a)	Clementina Ramirez	Parentesco	mamá
Datos del cuidador	Teléfono: 3202340247 ; Dirección: Vereda Santo Domingo	Vive con la persona con discapacidad	X ; NO:
Otro contacto	Teléfono: — ; Dirección: —	Parentesco	mamá
El solicitante es	Nuevo cuidador: ; Beneficiario de vigencia anterior: ; Vigencias en las que ha sido beneficiario:	Fecha de Solicitud	DD: 22 ; MM: 05 ; AA: 24
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.		
b. Presenta los documentos solicitados, de acuerdo con lo establecido en el Lineamiento Técnico Distrital.		
c. El solicitante anexa prescripción médica realizada por un médico ortopedista o fisiatra (obligatorio para calzado ortopédico, plantillas y medias de compresión)		
d. El dispositivo de asistencia personal -DAP– es un elemento No cubierto por el Plan de Beneficios		

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, Clementina Ramirez, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 39643259, 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

Nombre del Candidato(a)	Yeimer Tautiva	Firma	No firma	Tipo y No. de ID CC	1031137064	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)	Clementina Ramirez	Firma	Clementina	Tipo y No. de ID CC	39643359	
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	Natalia Sm	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 SI	Aprobada NO	Criterios de No Aprobación
1. Kit cognitivo	X		
2. Tablet		X	No se encuentra escolarizado
3.			

Observaciones: Se realiza aprobación de kit cognitivo y no se realiza aprobación de tablet debido a que el usuario no tiene continuidad en proceso escolar

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

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador (a)	Natalia Sanabria	Firma	Natalia Sm	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 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	Yamer						Segundo Nombre	Ucel	
Primer Apellido	Taumva						Segundo Apellido	Ramirez	
Tipo de Identificación	RC	TI	X	CE	PEP	Otro ¿Cuál?		No. de ID	1031137064
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)	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)	Intermitente	Limitado	Extenso	Generalizado	

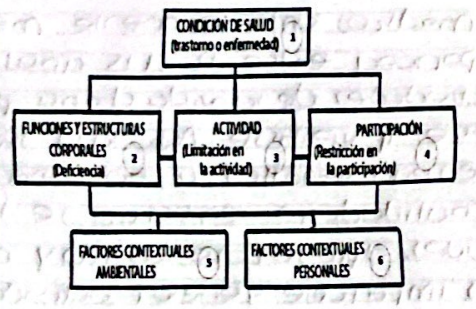
Autocuidado

Higiene	Independiente	Semidependiente	X	Dependiente
Vestido	Independiente	Semidependiente	X	Dependiente
Alimentaciòn	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	NO	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	- Epilepsia y sindromes epilepticos - Deficit cognitivo
2	b110.2 Funciones de la conciencia b117.2 Funciones intelectuales b164.2 Funciones cognitivas superiores s110.2 Estructura del cerebro
3	d150.2 Aprender a calcular (operaciones complejas) d155.2 Adquisición de habilidades (construir-armar) d160.2 Centrar la atención

Powered by CamScanner

4	d194.2 Aprendizaje y aplicación del conocimiento d220.2 llevar a cabo multiples tareas d 4702.2. manejo del otros y otras demandas
5	(Incluir barreras y facilitadores) Barreras: -Discapacidad -Interacción con el medio
6	(Incluir barreras y facilitadores) Facilitadores -Recibe apoyo socioeconomico 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 32 años con diagnosticos medicos anteriormente mencionados, su edad mental es de una persona entre 12 a 15 años, es independiente para realizar las actividades de la vida diaria pero requiere ayuda o supervision para bañarse y vestirse. Ayuda a sus padres en los labores de campo que son sencillas y no generen ningun peligro promoviendo su funcionalidad, sin embargo se le dificulta la adquisicion de habilidades, aprendizaje basico y manejo de emociones. Por esta razon es importante generar actividades donde se trabaje la motricidad, memoria visual, orientacion, simetria y coordinacion contribuyendo a mejorar la calidad de vida

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**	**Interinstitucional**		**NO**
				X			
Si su respuesta fue si, debe diligenciar el formato relacionado con canalizaciòn y anexarlo.							

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)	Yeimer Tolosa	Firma	NO Firmo	Tipo y No. de ID	CC	1031137004	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)	Clementina Ramirez	Firma	Clementina Ramirez	Tipo y No. de ID	CC	39643325	
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	Natalia Sm	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 Sm	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	Yamer						Segundo Nombre	Unel			
Primer Apellido	Tautiva						Segundo Apellido	Ramirez			
Tipo de Identificación	RC	TI	X	CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No. de ID	1031137064		
Fecha de Visita	DD 27	MM 03	AA 24	Frecuencia de uso			Permanente	Frecuente ✓	Ocasional		

2. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES

2.1 AUDICIÓN

Aplica Sí____ No X

¿Presenta alguna deficiencia?	SI	NO	¿Cuál?				Fecha DD	MM AAAA
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	SI					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 atora?	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 X No ___

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

Powered by CamScanner

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

2.4. ÁREA COGNITIVA

Aplica Sí X No ___

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

2.5 MOTRICIDAD

Patrón mano-boca funcional	X	NO	Limitación rangos de movimiento MMSS	SI	X	Temblor y/o movimientos asociados MMSS	SI	NO X	
Fuerza muscular MMSS	X	NO	Tipo de agarre	Manos llenas	Cilíndrico	Enganche	Digito 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	SI			NO X					
Temblor y/o movimientos asociados en MMSS	SI			NO 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	SI		
Kit de alimentación	SI		
Ayudas para señalización	SI		
Juguetes adaptados	X	Ajedrez adaptado, fichas de construcción, paleta de emociones, tangram semicomplejo, lotería de asociación / tablet	5
Mesas	SI		
Otro(s) ¿Cuál(es)?	SI		

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 mencionados anteriormente requiere kit cognitivo trabajando, practica, memoria a corto y largo plazo, funciones cognitivas e intelectuales contribuyendo a mejorar su calidad de vida

Nombre del Candidato(a)	Yelmer Tautiva	Firma	NO FIRMA	Tipo y No. de ID	1031137064	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)	Clementina Ramirez	Firma		Tipo y No. de ID	39643325	
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

YEIMER URIEL TAUTIVA RAMIREZ

USUARIO DE 32 AÑOS CON DIAGNÓSTICOS MÉDICOS DE SÍNDROMES EPILÉPTICOS Y DÉFICIT COGNITIVO MODERADO, VIVE CON LOS PADRES, SU EDAD MENTAL ES DE UNA PERSONA ENTRE 12 A 15 AÑOS, ES INDEPENDIENTE PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, PERO REQUIERE SUPERVISIÓN PAR BAÑARSE Y VESTIRSE. AYUDA A SUS PADRES EN LAS LABORES DE CAMPO QUE SEAN SENCILLAS Y NO GENEREN NINGÚN PELIGRO PROMOVIENDO SU FUNCIONALIDAD; SIN EMBARGO, SE LE DIFICULTA LA ADQUISICIÓN DE HABILIDADES, APRENDIZAJE BÁSICO Y MANEJO DE EMOCIONES.

REQUIERE KIT COGNITIVO (AJEDREZ ADAPTADO, FICHAS DE CONSTRUCCIÓN, PALETA DE EMOCIONES, TANGRAM SEMICOMPLEJO, LOTERÍA DE ASOCIACIÓN) GENERANDO ACTIVIDADES DONDE SE TRABAJE LA MOTRICIDAD, MEMORIA VISUAL, ORIENTACIÓN Y SIMETRÍA CONDUCTUAL.



Powered by CamScanner