REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.033.784.622
PEÑALOZA CELEITA

APELLIDOS
NOEL

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-MAR-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

27-ENE-2014 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



F-1500150 0054893C M-1033784622-20140222 0037323854A 1 42006536

Scanned with CamScanner

enel

16277734-4

No. 1400961434

CLIENTE
JACINTA ADAMES

TOTAL A PAGAR	DÍAS FACTURADOS	PAGO OPORTUNO	FECHA SUSPENSIÓN
$6.090	33	10 MAY / 2024	03 JUN / 2024

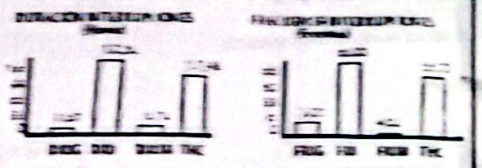
- EVOLUCIÓN DEL CONSUMO



PERIODO FACTURADO
PRÓXIMA LECTURA:
TIPO LECTURA:
ANOMALÍA:
CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES:
CONSUMO PERIODO

- INFORMACIÓN DEL CONSUMO

- CALIDAD DEL SERVICIO



INFORMACIÓN DE INTERÉS

- INFORMACIÓN TÉCNICA

RUTA LECTURA:
RUTA REPARTO:
TIPO LIQUIDACIÓN:
SERVICIO-ESTRATO: RESIDENCIAL - 1
CIRCUITO-TRAFO:
NIVEL DE TENSIÓN: 1 CARGA(KW):

INFORMACIÓN TARIFARIA

Cu 881.54 Tr 54.07 Dt 127.67 Cm 137.95
PR 73.48 Rc 7.15 Cm 0.00 Cda 845.39
TARIFA MES:
Valor kWh aplicado $845.3945
El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia(0-130 kwh/mes) es de 59.87%

- DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	SUBTOTAL
CONSUMO DE ENERGÍA	
Valor kWh 845.3945 X 19 (Consumo en kWh) EAAP	$16.052
Valor KVAR 221.3046 X 0 (Consumo en kVAR) EAAP	$0
RESIDENCIAL SUBSIDIO	$9.608
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	**$6.444**
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $195 DIARIOS	
COMPENSAC CREG SERV.015/18	-$355
SUBTOTAL CONCEPTOS ENERGÍA	**-$355**
Ajuste a la decena	$1

Scanned with 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 IDENTIFICACION	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1033784622
NOMBRES	NOEL
APELLIDOS	PEÑALOZA CELEITA
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	25/10/2019	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: | 06/19/2024 15:44:20 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220

Scanned with 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	Noel	Segundo Nombre	—
Primer Apellido	Peñaloza	Segundo Apellido	Celeita
Tipo de Identificación	RC: — TI: — CC: X CE: — PEP: — Otro: — ¿Cuál?	No. de ID	1033184622
Nacionalidad	colombiana		
Fecha de Nacimiento	DD: 23 MM: 03 AA: 1995	Edad	28
Sexo	M: X I: —	Género	F: X TR: — Otro: — ¿Cuál?
Nombre Identitario	—	Orientación Sexual	HO: X 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. Persona privada de la libertad: X 9. Persona de orientación psicoactiva: — 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 San Jose
UPZ	—		
Dirección	Rural Finca la Pradera	Estrato	—
Descripción de la ocupación	Agricultor	Teléfonos	3202504973
Tipo de Afiliación a Salud	SR: X C: — PPNA: — EX/ES: —	EAPB	Capital Salud
SISBEN	SI: X NO: —	Puntaje del SISBEN	B1
Diagnóstico Médico (CIE10)	H54.2 Baja Vision	Tipo de Discapacidad	F: — A: X S/C: — CG: — P/MT: — MP: —
Dispositivos de Asistencia Personal - Solicitado(s)	DAP - AT 1: Kit Visual (reloj, dispensador de calculadora, cortador alimentos, tablet) DAP - AT 2: — DAP - AT 3: —	Cuenta con Cuidador(a)	SI: — NO: X
Nombre de Cuidador (a)	—	Parentesco	—
Datos del cuidador	Teléfono: — Dirección: —	Vive con la persona con discapacidad	SI: — 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	DD: 21 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.	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, Noel Peñaloza, identificado(a) con CC número 1033184622 autorizo al FDL y al ejecutor del convenio o contrato, a (marque con una x, según corresponda): **a. Manejo de mis datos personales** X, **b. Registro fotográfico** X **y c. Anexar copia de mi historia clínica** X, 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, _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía número _____, autorizo al FDL y al ejecutor del convenio o contrato, a (marque con una x, según corresponda): **a. Manejo de datos personales**____, **b. Registro fotográfico**____ **y c. Anexar copia de historia clínica**____, 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.

Scanned with CamScanner

Nombre del Candidato(a)	Noel Peñaloza	Firma		Tipo y No. de ID	CC	1033789622	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)		Firma		Tipo y No. de ID			
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	Natalias.m	Tipo y No. de ID	CC	1022343944	
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 visual	X		
2.			
3.			

Observaciones: Se realiza presentación del usuario ante el comité y se realiza aprobación de kit visual 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	Natalias.m	Tipo y No. de ID	CC	1022343944
	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

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA DE VULNERABILIDAD

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

Primer Nombre	NOel						Segundo Nombre	———			
Primer Apellido	Peñalota						Segundo Apellido	celeita			
Tipo de Identificación	RC	TI	X CC	CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No. de ID	1033784622		
Fecha de Visita	21 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)	Intermitente	Limitado X	Extenso	Generalizado	

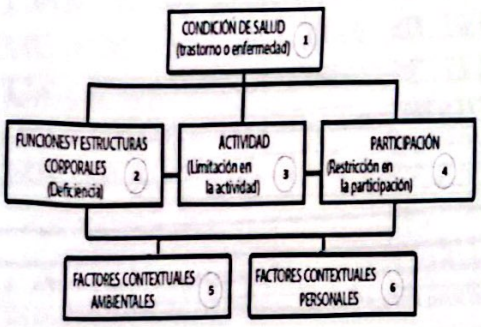
Autocuidado

Higiene	Independiente X	Semidependiente	Dependiente
Vestido	Independiente X	Semidependiente	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	- Baja visión - Astigmatismo - miopia
2	b210.1 Funciones visuales b220.1 sensaciones asociadas con el ojo y estructuras adyacentes s210.2 Estructura de la orbita ocular
3	d110.1 mirar (caligrafia pequeña) d220.1 llevar a cabo multiples tareas d298.2 Tareas y demandas generales (en la cocina)

Scanned with CamScanner

4	d475.2 Conducción (se ha caído en la moto) d4801 Montar animales como medio de transporte d6302 Preparar comidas
5	(Incluir barreras y facilitadores) Barreras= Adaptación en la infraestructura (ruralidad terreno rocoso) Se le dificulta desplazarse en moto por baja visión
6	(Incluir barreras y facilitadores) Facilitadores= -Recibe apoyo de su esposa y padre en trabajo de agricultura

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 28 años con diagnósticos medicos mencionados anteriormente, es independiente para realizar actividades de la vida diaria, sin embargo presenta dificultad para actividades como cocinar, cortar alimentos, realizar esfuerzo visual asociado a su diagnostico. En los desplazamientos ha tenido accidentes y caidas por distracciones como poder mirar la hora ya que se moviliza en moto, en ocasiones se tropieza ya que el terreno donde vive es escarpado. Es agricultor, recibe apoyo de su esposa y padre en las actividades cotidianas, sus ingresos economicos alcanzan a cubrir necesidades basicas.

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.							

Scanned with CamScanner

Nombre del Candidato(a)	Noel Peralta	Firma		Tipo y No. de ID	CC 1033789627	Huella Digital del Candidato	
Nombre del Cuidador(a)		Firma		Tipo y No. de ID			
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	Natalias.m	Tipo y No. de ID	CC 1022343944		
Nombre del Gestor Com.		Firma		Tipo y No. de ID			

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador (a)	Natalia Sanabria	Firma	Natalias.m	Tipo y No. de ID	CC 1022343944	
	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

Scanned with 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 PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL VISUALES

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

Primer Nombre	NOel							Segundo Nombre	—						
Primer Apellido	Peñuloza							Segundo Apellido	Celeita						
Tipo de Identificación	RC	TI	X	CE	PEP	Otro	¿Cuál?		No. de ID	1033784622					
Datos oftalmológicos	Baja visión Diagnóstico Médico							Condición Visual	Baja Visión X	Ceguera	Sordo-ceguera	Otras condiciones de salud			
Fecha de Visita	21 DD	03 MM	24 AA	Ocupación o dedicación de la PcD				Agricultor							

2. PROCESO DE REHABILITACIÓN

¿Ha tenido proceso de rehabilitación en orientación y movilidad?	SI X		¿En cuál institución?	—		
¿Maneja técnica de uso de Bastón?	SI X		¿Maneja técnica de Locomoción independiente?	X	NO	
¿Cuenta con prescripción de especialista?	SI X		¿Percibe en espacio abierto desniveles como andenes y escalera?	X	NO	
¿Percibe en espacio abierto declives o rampas?	X	NO	¿Requiere algún tipo de entrenamiento?	SI X	¿Cuál?	

3. PRESCRIPCIÓN DEL BASTÓN

Medida del Bastón según la estatura (cm)	—		Tipo de punta	Redonda	Puntera	¿Lleva dragonera? SI NO
¿Requiere repuestos?	— SI	NO	Observaciones adicionales	—		

4. DESCRIPCIÓN DE ELEMENTOS QUE COMPONEN EL KIT VISUAL: Marque con una X

Nombre del Dispositivo							
Bastón guía con puntera	SI	Grabadora digital	SI	Filtros	SI	Pelador de papa	SI
Bastón guía con rodachina	SI	Telescopio manual	SI	Abaco cerrado	SI	Abre frascos	SI
Guía de escritura	SI	Atril	SI	Agenda digital	SI	Recordatorio parlante	SI
Guía de firma	SI	Metro braille	SI	Medidor de aceite	SI	Juego de ayudas didácticas	SI
Reloj parlante	X	Pizarras braille	SI	Medidor de líquidos	SI	Tablet	X
Reloj braille	SI	Calculadora parlante	X	Llavero parlante	SI	Báscula para peso corporal parlante	SI
Despertador parlante	X	Termómetro parlante	SI	Encendedor	SI	Juego de ayudas didácticas	SI
Cuadernos braille	SI	Punzón	SI	Cortador o picador de alimentos	X		
Regleta metálica	SI	Enhebrador	SI	Balanza de cocina parlante	SI		
Otros ¿Cuáles?							
¿Los elementos tecnológicos cuentan con prescripción especializada?	SI X	Observaciones adicionales	Se prescribe kit visual acorde a las necesidades del usuario				

5. COMPROMISOS DE LA PCD Y SU FAMILIA

¿La PcD debe asistir a entrenamiento de los elementos y al programa de orientación y movilidad?	SI	NO	¿En dónde?				
			Fecha				
Nombre del Candidato	NOel Peñuloza	Firma	[signature]	Tipo y No. de ID	CC 1033784622	Huella Digital del Candidato	
Nombre del Cuidador		Firma		Tipo y No. de ID			
Nombre del Terapeuta/ Gestor Com.	Natalia Sanabria	Firma	Natalia Sm	Tipo y No. de ID	CC 1022343414		

Scanned with CamScanner

NOEL PEÑALOZA

USUARIO DE 28 AÑOS DE EDAD, VIVE CON SU ESPOSA Y CON SU PADRE, CON DIAGNÓSTICOS DE BAJA VISIÓN ASTIGMATISMO Y MIOPÍA, ES INDEPENDIENTE PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, PRESENTA DIFICULTAD PARA ACTIVIDADES COMO COCINAR, CORTAR ALIMENTOS, REALIZAR ESFUERZO VISUAL, ASOCIADO A SU DIAGNÓSTICO, EN LOS DESPLAZAMIENTOS HA TENIDO ACCIDENTES Y CAÍDAS POR DISTRACCIONES COMO PODER MIRAR LA HORA YA QUE SE MOVILIZA EN MOTO, SE TROPIEZA CUANDO EL TERRENO ES ROCOSOS. ES AGRICULTOR, RECIBE APOYO DE SU ESPOSA Y PADRE EN ACTIVIDADES COTIDIANAS SUS INGRESOS ECONÓMICOS ALCANZAN A CUBRIR NECESIDADES BÁSICA.

REQUIERE KIT VISUAL (RELOJ PARLANTE, DESPERTADOR PARLANTE, METRO BRAILLE, CALCULADORA PARLANTE, CORTADOR DE ALIMENTOS, TABLET) FACILITANDO LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.



Scanned with CamScanner