REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

1.069.231.182

RAMIREZ PARRA

DUVAN



Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **16-MAY-1996**

CABRERA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

26-JUN-2014 CABRERA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1502900-00653943-M-1069231182-20141230 **0042139706A 1** **41794724**

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.069.231.308**

RAMIREZ PARRA

APELLIDOS

ANDREA PAOLA

NOMBRES



Andrea Paola Ramirez Parra

FIRMA

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **16-DIC-1997**

CABRERA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

25-ENE-2016 CABRERA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1502900-00834535-F-1069231308-20160603 **0049**90471A 1 44861951

Powered by CamScanner

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
Nit 830063.876-8
Cra 8 No. 13 - 45 Piso 1

Factura de servicios públicos
No. 140096143-9

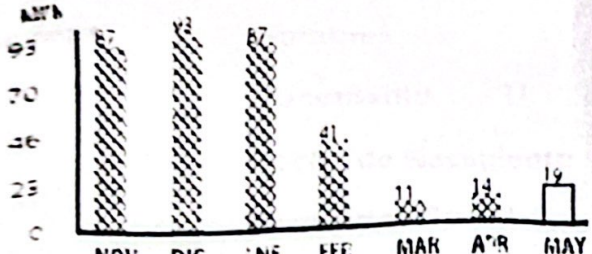
1 de 1

CLIENTE
JACINTA ADAMES
VEREDA SAN JOSE
USME-SAN JOSE-BOGOTA, D.C.

FECHA DE EXPEDICIÓN: 15 MAY / 2024

TOTAL A PAGAR	DÍAS FACTURADOS	PAGO OPORTUNO	FECHA SUSPENSIÓN
$6.090	33	30 MAY / 2024	03 JUN / 2024

EVOLUCIÓN DEL CONSUMO

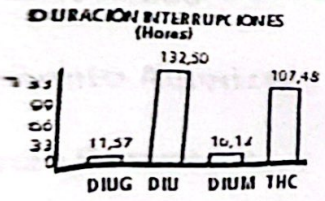


PERIODO FACTURADO: 13 ABR / 2024 A 15 MAY / 2024
PRÓXIMA LECTURA: 15 JUN 2024
TIPO LECTURA: Real
ANOMALÍA: Normal
CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: (000) 56
CONSUMO PERIODO: 19 kWh

INFORMACIÓN DEL CONSUMO

MEDIDOR No.	TIPO MEDIDA	LEC. ACTUAL	LEC. ANTERIOR	FACTOR	ENERGÍA CONS.	ENERGÍA FAC.
22535390	EAFP	867	848	1	19	19
22535390	ERFP	827	827	1	0	0

CALIDAD DEL SERVICIO





CD: 30462TR1 GR: 11 HC: 13,45 VC: 0,00 CEC: 11,25 %t: 0,18
PER: 2024/03 DT: 175,52 CF: 11,00 MC: 1 MF: 1
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

INFORMACIÓN DE INTERÉS

INFORMACIÓN TÉCNICA

RUTA LECTURA:	4530511 38		
RUTA REPARTO:	4000530511 255		
TIPO LIQUIDACIÓN:	Mensual		
SERVICIO-ESTRATO:	RESIDENCIAL - 1		
CIRCUITO-TRAFO:	LU13D 30462TR1		
NIVEL DE TENSIÓN:	1	CARGA(KW):	5,08

INFORMACIÓN TARIFARIA

G: 381.34 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 59.88%

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	SUBTOTAL
CONSUMO DE ENERGÍA	
Valor kWh 845,3945 X 19 (Consumo en kWh) EAFP	$16.062
Valor kVAR 221,3046 X 0 (Consumo en kVAR) ERFP	$0
RESIDENCIAL SUBSIDIO	-$9.618
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$6.444
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE	
TE COSTÓ $195 DIARIOS	
SUSPENSAC CREG SERV.015/18	
TOTAL CONCEPTOS FACT	

Powered by CamScanner

Autorización de Servicios de Salud

Fecha de Solicitud 2007/11/13 17:11:27:00
Fecha de Autorización 2007/11/14 14:53:22:19

041F0 208,181

257540035101 UNION TEMPORAL HOSPITAL CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE CUNDINAMARCA - (257540035101)

Dirección KR 1 CSTE No 11-50 (SOACHA)

Teléfonos
8822970

Fecha de Impresión	15/11/2007		
Datos del Paciente	Nombres	DUVAN RAMIREZ PARRA	
	Documento TI	96051620459	
	Fecha de Nacimiento	1996/05/16 (11 Años)	
	Seguridad Social	Subsidiado Nivel 1	H. Ficha
	Municipio de Residencia	FUSAGASUGA	
	Telefono	0	
Diagnóstico	F709	RETRASO MENTAL LEVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENT GRADO NO ESPECIFICADO	
Servicio Autorizado	071000	RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOST.	
Procedimiento Autorizado	879111	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE	
Institucion Remitente	252900003601	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA - C	
Municipio Remitente	FUSAGASUGA		
Cobertura	95 %	Forma de Pago Contrato	244-07
Observaciones	S TAC DE CRANEO SIMPLE		

STA AUTORIZACIÓN TIENE VIGENCIA POR 29 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE AUTORIZACIÓN Y ESTÁ
R PARTE DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Firma que Autoriza la Remisión

Funcionario Regulador

MAURICIO ENRIQUE RAMIREZ GOMEZ

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	Duvan	Segundo Nombre	—
Primer Apellido	Ramirez	Segundo Apellido	parra
Tipo de Identificación	RC: — TI: — CC: X CE: — PEP: — Otro: — ¿Cuál? —	No. de ID	1069231182
Nacionalidad	Colombiana		
Fecha de Nacimiento	21 DD 05 MM 24 AA	Edad	28
Sexo	X M: — I: —	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 en discapacidad: X 3. Victima del conflicto armado: — 4.Población LGTBIQ+: — 5. Excombatiente: — 6. Persona en condición de calle: — 7. Inmigrantes: — 8. Campesino: — 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.Indigena: — Indique nombre de Pueblo Indígena: — 6.Room o gitano/a: — 7. Ninguna: X		
Localidad	20 Código — Sumapaz Nombre	Barrio	Lajotuma
UPZ	—		
Dirección	Rural la totuma	Estrato	—
Descripción de la ocupación	Ninguna	Teléfonos	3004660257
Tipo de Afiliación a Salud	SS: X C: — PPNA: — EX/ES: — EAPB	Sanitas	
SISBEN	X NO: —	Puntaje del SISBEN	A5
Diagnóstico Médico (CIE10)	F71 Retraso mental moderado	Tipo de Discapacidad	F: — A: — V: — S/C: — CG: — P/MT: X
Dispositivos de Asistencia Personal - Solicitado(s)	Ayuda cognitiva (fichas de construcción, dominó, letras montesori, lotería (orientación) DAP - AT 1 tablet) DAP - AT 2	DAP - AT 3	Cuenta con Cuidador(a): SI: X NO: —
Nombre de Cuidador (a)	Andrea Ramirez	Parentesco	Hermana
Datos del cuidador	3004660157 Teléfono — Verada san Jose Dirección	Vive con la persona con discapacidad	SI: — NO: X
Otro contacto	3123518628 Teléfono — la totuma Dirección	Parentesco	mamá
El solicitante es	Nuevo candidato: — Beneficiario de vigencia anterior: — Vigencias en las que ha sido beneficiario: —	Fecha de Solicitud	21 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, Andrea Ramirez, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1069231308, 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)	Dylan Ramirez	Firma	NO FIRMO	Tipo y No. de ID	CC	1069231182	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)	Andrea Ramirez	Firma	Andrea RP	Tipo y No. de ID	CC	1069231308	
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		Criterios de No Aprobación
	SI	NO	
1. Kit cognitivo	X		
2. Tablet		X	Usuario no evaluado, con historia clínica desactualizada
3.			

Observaciones: Se realiza aprobación de Kit cognitivo ya que las partes del comite se encuentran de acuerdo.

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

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 edicion – Equipo GPIL SDS, 2024

Powered by 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	Duvan						Segundo Nombre		
Primer Apellido	Ramirez						Segundo Apellido	Parra	
Tipo de Identificación	RC	TI	X	CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No. de ID	1069231182
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)	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	

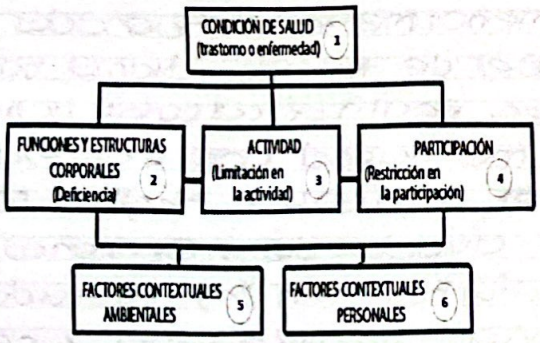
Autocuidado

Higiene	Independiente 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	- Retraso mental moderado - Epilepsia
2	b110.2 funciones de la conciencia b114.2 funciones de la orientación b117.2 funciones intelectuales b122.2 funciones psicosociales s1102 Estructura del cerebro
3	d130.2 Copiar d135.2 Repetir d140.2 Aprender a leer d154.2 Aprender a escribir

Powered by CamScanner

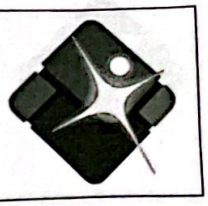
4	d159-2 Aprendizaje básico d160-2 centrar la atención d155-2 Adquisición de habilidades
5	(Incluir barreras y facilitadores) Barreras= - Interacción con los demas personas - Dificultad en la comunicación - Educación
6	(Incluir barreras y facilitadores) Facilitadores= - Recibe apoyo emocional y economico 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 18 años con diagnosticos anteriormente mencionados el independiente para realizar actividades de la vida diaria basicas usuario presenta dificultad para leer, realizar calculos basicos, actividades neurosensoriales como motricidad fina y gruesa, adquisición de aprendizaje, entender y acatar reglas sociales. Vive con la mamá quien con ayuda de hermanos responden por el usuario y lo involucran en las actividades laborales de agricultura y ganadería siempre bajo supervisión y tareas sencillas que no causen alteración en la integridad emocional y física del usuario

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)	Duvan Ramirez	Firma	NO FIRMA	Tipo y No. de ID	CC 1069231182	Huella Digital del Candidato	
Nombre del Cuidador(a)	Andrea Ramirez	Firma	Andrea R.P	Tipo y No. de ID			
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	Duvan						Segundo Nombre				
Primer Apellido	Ramirez						Segundo Apellido	Parra			
Tipo de Identificación	RC	TI	X	CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No. de ID	1069231182		
Fecha de Visita	DD 21	MM 05	AA 24				Frecuencia de uso	Permanente	Frecuente X	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~~	~~Sólido~~	~~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	~~SI~~ X	NO	Responde al nombre	~~SI~~ X	NO	Comprende el "NO"	~~SI~~ X	NO	Comprende gestos	~~SI~~ X	NO
Comprende órdenes sencillas	~~SI~~ X	NO	Reconoce partes del cuerpo	~~SI~~ X	NO	Comprende dos órdenes	SI	~~NO~~ X	Establece diferencias	~~SI~~ X	NO
Comprende órdenes semicomplejas	SI	~~NO~~ X	Comprende órdenes complejas	SI	~~NO~~ X						
Usuario de algún SCAA							SI	~~NO~~ X	¿Cuál(es)?		

Powered by CamScanner

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

2.4. ÁREA COGNITIVA

Aplica SI X No ____

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

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 X	
Fuerza muscular MMSS	X	NO	Tipo de agarre	Manos llenas	Cilíndrico	Enganche	Dig. palmar X	Ninguno	Otro. ¿Cuál?
Postura: Asume y mantiene	Sedente X	Cuadrúpeda	Bípeda	De cubito	Otra ¿Cuál?				
Posición cefálica	Neutra X	Lateralizada	Con rotaciòn	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	fichas de construcción, domino de texturas, letras montessori, lotería (concentrese) vocalización	4
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 de 18 años con diagnostico anteriormente mencionado requiere Kit cognitivo y tablet fortaleciendo su praxis neurocognitiva mediante actividades que induzcan actividades de motricidad fina y gruesa, manejo de emociones, adquisición de habilidades y destrezas sociales

Nombre del Candidato(a)	Duvan Ramirez	Firma	NO firmo	Tipo y No. de ID	CC 1069231182	Huella Digital del Candidato	
Nombre del Cuidador(a)	Andrea Ramirez	Firma	Andrea R P	Tipo y No. de ID	CC 1069231309		
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	Natalia S M	Tipo y No. de ID	CC 1022393944		

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

Observaciones a tener en cuenta para la prescripción:

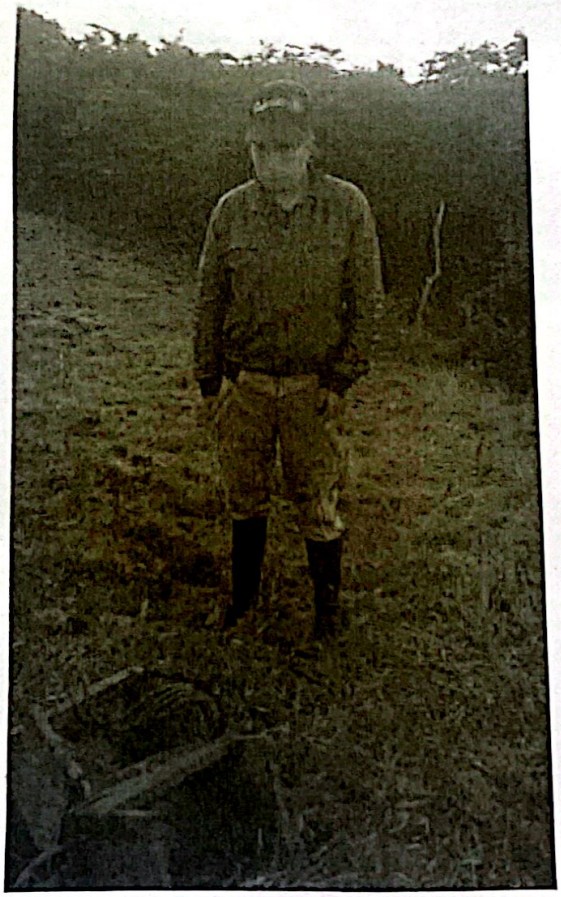
- Variables con opciones de respuesta cuyo contenido esté en formato centrado, por ejemplo "Tipo de Identificación", se marca con una X según corresponda.
- Variables con opción de respuesta cuyo contenido se encuentre en formato inferior, por ejemplo "Fecha de Visita", debe ser diligenciada.
- El Kit 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

DUVAN RAMIREZ

USUARIO DE 28 AÑOS DE EDAD VIVE CON LA HERMANA, CON DIAGNÓSTICOS DE RETRASO MENTAL MODERADO, EPILEPSIA, ES INDEPENDIENTE PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA BÁSICAS, PRESENTA DIFICULTAD PARA LEER, REALIZAR CÁLCULOS BÁSICOS, ACTIVIDADES NEUROSENSORIALES COMO MOTRICIDAD FINA Y GRUESA, ADQUISICIÓN DE APRENDIZAJE JE ENTENDER Y ACATAR REGLAS SOCIALES SU FAMILIA LO INVOLUCRA EN ACTIVIDADES LABORALES DE AGRICULTURA Y GANADERÍA SIEMPRE BAJO SUPERVISIÓN DE TAREAS SENCILLAS QUE NO CAUSEN ALTERACIÓN EN SU INTEGRIDAD EMOCIONAL Y FÍSICA DEL USUARIO.

REQUIERE KIT COGNITIVO (FICHAS DE CONSTRUCCIÓN, DOMINÓ DE TEXTURAS, LETRAS MONTESSORI, LOTERÍA DE ASOCIACIÓN) FORTALECIENDO LOS PROCESOS NEUROCOGNITIVOS MEDIANTE ACTIVIDADES QUE INVOLUCREN LA MOTRICIDAD FINA Y GRUESA, MANEJO DE EMOCIONES, ADQUISICIÓN DE HABILIDADES Y DESTREZAS SOCIALES.



Powered by CamScanner