REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **39.766.064**

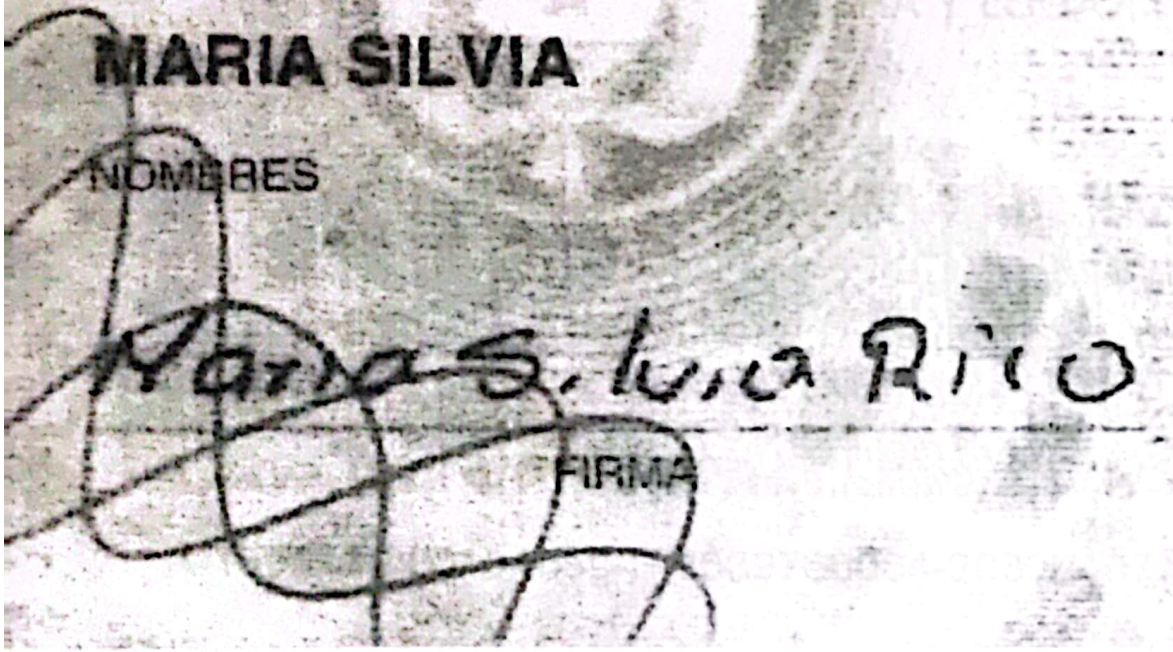
RICO CHAVES

APELLIDOS

MARIA SILVIA

NOMBRES





FIRMA

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-SEP-1967**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

13-JUN-1987 USME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00154059-F-0039766064-20090407 **00105**99650A 1 28679030

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

Fecha de Registro: 14/03/2024 9:08:33 a. m
Fecha Actual jueves, 14 marzo 2024
Consecutivo 31807981

NIT: 900958364

USS: NN - CENTRO DE SALUD NAZARETH
Dirección USS: Corregimiento de Nazareth de Sumapaz
Teléfono USS: [illegible]

PLAN DE MANEJO EXTERNO

HISTORIA CLINICA PACIENTE CRONICO HTA- DM-EPOC

Nº Historia Clínica: 39766064
Nº Folio: 108 **Folio Asociado:** 102
Nº Gestor Formula Medica: LC39766064_108

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: MARIA SILVIA RICO CHAVES
Identificación: 39766064 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 24/09/1967 **Edad Actual:** 56 Años / 5 Meses / 20 Días
Estado Civil: Soltero
Dirección: Vereda Raizal
Teléfono: 3008763251
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 1

DATOS DEL INGRESO

Responsable: .
Teléfono Resp: .
Dirección Resp: .
Nº Ingreso: 1415256 2 **Fecha:** 14/03/2024 8:19
Finalidad Consulta: No_Aplica
Causa Externa: Enfermedad_General
Sede Asistencial: CENTRO DE SALUD NAZARETH
Ingreso Por: Consulta_Externa
Servicio: CONS MEDICINA GENERAL -NAZARETH
Suministros Paciente:

Diagnostico Principal: E119 DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
Diagnostico Relacionados: E119 - DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
Diagnostico Relacionados: M150 - (OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA
Diagnostico Relacionados: K297 - GASTRITIS, NO ESPECIFICADA

MEDICAMENTOS POS

Medicamento: M00101 SITAGLIPTINA 50mg/1U - Tabletas **Cantidad:** 90 NOVENTA
Concentracion: 50mg/1U **Unidad:** TABLETA **Vía Administración:** Oral **Duración:** 90 Días
Dosis: 50 **Unidad Dosis:** MILIGRAMO **Frecuencia:** 24 Hora

Observaciones: UNA DIARIA

Medicamento: M00675 ATORVASTATINA 40mg/1U - Tabletas - Oral **Cantidad:** 90 NOVENTA
Concentracion: 40mg/1U **Unidad:** TABLETA **Vía Administración:** Oral **Duración:** 90 Días
Dosis: 40 **Unidad Dosis:** MILIGRAMO **Frecuencia:** 24 Hora

Profesional 1233190983 - JUNCA ERASO CARLOS ANDRES
Registro Profesional 1233190983
Especialidad MEDICINA GENERAL CRONICOS

FIRMA Y SELLO

Powered by CamScanner

enel Bogotá

PARA PAGO Y CONSULTAS TU NÚMERO DE CLIENTE ES

1407252-0

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860063875-6
Calle 82 No. 11 - 45 Piso 1

Factura de servicios públicos
No. 140331208-0

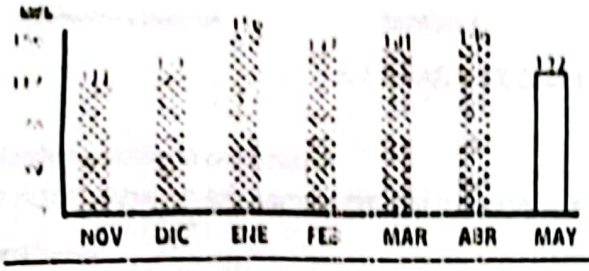
1 de 1

CLIENTE
JORGE RODRIGUEZ
[illegible]
[illegible] BOGOTA D.C.

FECHA DE EXPEDICIÓN: 17 MAY / 2024

TOTAL A PAGAR	DÍAS FACTURADOS	PAGO OPORTUNO	FECHA SUSPENSIÓN
$44 080	31	03 JUN / 2024	04 JUN / 2024

- EVOLUCIÓN DEL CONSUMO

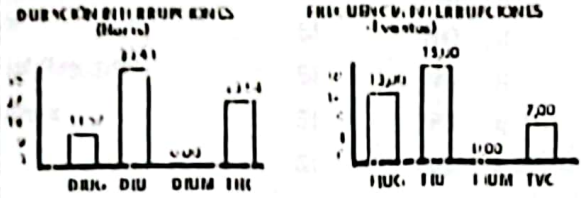


PERIODO FACTURADO
17 ABR / 2024 A 17 MAY / 2024
PRÓXIMA LECTURA: 18 JUN / 24
TIPO LECTURA: Real
ANOMALÍA: Normal
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: (000) 135
CONSUMO PERIODO: 122 kWh

- INFORMACIÓN DEL CONSUMO

MEDIDOR No	TIPO MEDIDA	LEC. ACTUAL	LEC. ANTERIOR	FACTOR	ENERGÍA COBS.	ENERGÍA FAC.
[illegible]	EAIP	26066	25944	1	122	122

- CALIDAD DEL SERVICIO



[illegible] 0,18
PER: [illegible] CF: [illegible] M: C MI: 1
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

INFORMACIÓN DE INTERÉS

- INFORMACIÓN TÉCNICA

RUTA LECTURA:	45315017
RUTA REPARTO:	1000329010008
TIPO LIQUIDACIÓN:	Mensual
SERVICIO-ESTRATO:	RESIDENCIAL - 1
CIRCUITO-TRAFO:	SIN3 57317TR1
NIVEL DE TENSIÓN: 1	CARGA kW: 3,87

INFORMACIÓN TARIFARIA

G: 981,31 T: 54,27 D: 35,13 CV: 107,85
PR: 73,43 R: 7,15 CF: 0,00 CU: 890,12
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 122 (Consumo en kWh) EAIP	$108.607
RESIDENCIAL SUBSIDIO	$64.523
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$44.084
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $4.926 DIARIOS	
SUBTOTAL CONCEPTOS ENERGÍA	$0
Ajuste a la decena	-$4

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
MARIA	SILVIA	RICO	CHAVES

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 39766064

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

2.2 Fecha

Año	Mes	Día
2022	7	21

2.3 Departamento

BOGOTÁ, D C.

2.4 Municipio

BOGOTÁ, D.C.

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	0.00
Movilidad	75.00
Cuidado Personal	37.50
Relaciones	25.00
Actividades de la Vida Diaria	62.50
Participación	50.00
GLOBAL	41.67

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b7101.2 b7303.2 b770.1

2. Codigos Estructuras Corporales

s750.273

3. Codigos Actividades y Participación

d4154.4 d4501.4 d879.2

Powered by CamScanner

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
NÚMERO DE IDENTIFICACION	39766064
NOMBRES	MARIA SILVIA
APELLIDOS	RICO CHAVES
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	01/04/2015	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/19/2024 16:12:45	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de**

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	Nancy							Segundo Nombre	Silvia														
Primer Apellido	Reyes							Segundo Apellido	Chaves														
Tipo de Identificación	RC	TI	X	CE	PEP	Otro	Cuál?		No. de ID	39766061												colombiana	
Fecha de Nacimiento	24	09	63	Edad	56	Sexo	M	X	I	Género		X	M	F	Otro	Cuál?							
Nombre Identitario									Orientación Sexual	X	HO	B	H	Otro	Cuál?								
¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales?	1. Gestante	2. Persona en condición de discapacidad	3. Víctima del conflicto armado	4. Población LGTBI	5. Reincorporado	6. Persona en condición de calle	7. Inmigrante	8. Cuidador(a) de persona en condición de discapacidad	9. Persona de comunidad étnica	10. Ninguno													
¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos étnicos?	1. Afrodescendiente	2. Negro	3. Palenquero	4. Raizal	5. Indígena	Indique nombre de Pueblo indígena	6. Room o gitano	7. Ninguno															
Localidad	20	Sumapaz			Barrio	Animas bajas			UPZ	20													
Dirección	Alto viejo																				Estrato	1	
Descripción de la ocupación	Ama de casa							Teléfonos	3107585768														
Tipo de Afiliación a Salud	C	PPNA	EXES	EAPB	capital salud			SISBEN	X	NO	D3 del SISBEN												
Diagnóstico Médico (CIE10)	M150	Artrosis primaria generalizada						Tipo de Discapacidad	X	A	V	SC	CO	PMT	MP								
Dispositivos de Asistencia Personal - Solicitado(s)	colchón ortopedico			DAP - AT 1	doble	DAP - AT 2			DAP - AT 3							Cuenta con Cuidador(a)	SI	X	NO				
Nombre de Cuidador (a)	N/A								Parentesco														
Datos del cuidador	Teléfono				Dirección				Vive con la persona con discapacidad							SI		X	NO				
Otro contacto	Teléfono				Dirección				Parentesco														
El solicitante es	Nuevo cargue	X	Beneficiario de vigencia anterior		Vigencias en las que ha sido beneficiario				Fecha de Solicitud	23	05	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, María Silvia Reyes, identificado(a) con CC número 39766061 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.

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)	Nana Reco	Firma	NSR	Tipo y No. de ID	93766064	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)		Firma		Tipo y No. de ID		
Nombre del Terapeuta	Alejandra Vargas	Firma	[illegible]	Tipo y No. de ID	1016033026	
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. colchon o Doble.	X		
2. Kit AVD	X		
3.			

Observaciones: Se realiza presentación del paciente y se realiza aprobación de colchon ortopedico doble y kit de AVD ya que los padres se encuentran de acuerdo

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

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador (a)	Natalia Sanabria	Firma	Natalia Sanabria	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 según información de la UPC)

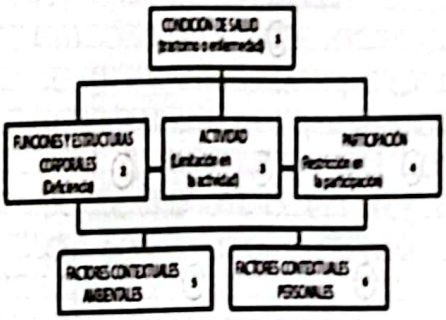
Primer Nombre	MARTA	Segundo Nombre	SILVIA
Primer Apellido	RICO	Segundo Apellido	CHAVEZ
Tipo de Identificación	CC X	No. de ID	39766564
Fecha de Visita	23 05 24		

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)					
Niveles de apoyo para el uso del Dispositivo de Asistencia Personal (Calificador de la CIF equivalencia cualitativa, marque con una X)	X				
Autocuidado					
Higiene	Independiente X		Semidependiente		Dependiente
Vestido	Independiente X		Semidependiente		Dependiente
Alimentación	Independiente X		Semidependiente		Dependiente
Otro ¿Cuál?		Independiente X		Semidependiente	Dependiente
Cuenta con el Registro Local de Caracterización de Personas con Discapacidad y Certificado de Discapacidad		X	NO		

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	-ARTROSIS -DIABETES
2	b710.2 movilidad de las articulaciones b730.3 fuerza muscular b770.1 Patron de marcha s750 273 extremidad inferior.
3	d415.4 mantener posiciones del cuerpo (agacharse) d450.4 Andar: caminar por periodos extensos de tiempo.

Powered by CamScanner

4	dg 79.2 vida economica Quien responde por la usuaria es su hijo.
5	(Incluir barreras y facilitadores) Barreras. Realizar quehaceres del hogar
6	(Incluir barreras y facilitadores) Facilitadores. Apoyo de familiares cercanos.

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.

Usuaria en condición de discapacidad física, autocuidadora con deficiencia moderada en patron de marcha, dificultad para movilidad y mantener posturas basicas como agacharse y estar de pie por periodos largos de tiempo, usuaria realiza los quehaceres del hogar con dificultad y dolor asociado a deficiencia en funciones relacionadas con el movimiento de las articulaciones limitando sus actividades.

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 canalización y anexarlo.							

Powered by CamScanner

Nombre del Candidato(a)	Maria Petro	Firma		Tipo y No. de ID	39766064	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)		Firma		Tipo y No. de ID		
Nombre del Terapeuta	Alejandra Vargas	Firma		Tipo y No. de ID	1076038026	
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 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, septima edicion – 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 ASISTENCIA PERSONAL - PARA LA TERAPIA, ENTRENAMIENTO, CUIDADO Y LA PROTECCIÓN PERSONAL-CLASES 3 Y 9

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

| | | |

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:	

4. PRESCRIPCIÓN DE COLCHONES

Número de horas diarias de permanencia en el dispositivo		12	Posición en la que permanece	sedente	Dependiente del cuidador para las actividades de la vida diaria		SI	X NO
Tipo de dispositivo requerido	Colchón ortopédico	X	colchon ortopedico doble		Dimensiones del dispositivo cm		190	140 15
Características de la prescripción	CAMA HOSPITALARIA				CAMA SOBRE MEDIDA			
Componente del dispositivo	Espuma	Otro	¿Cuál?		Dimensiones de la cama cm		190	140 30

5. PRESCRIPCIÓN DE SILLAS DE BAÑO

Tipo de dispositivo requerido							
Dimensiones del baño (cm)	Ancho	Largo	Tamaño o Tipo de Silla de Baño (según peso del usuario y dimensiones del espacio)		Cabe la silla por la puerta del baño y/o la ducha	SI	NO
Dimensiones de la ducha (cm)	Ancho	Largo			Zona principal donde realiza actividades de higiene		
Dimensiones de la puerta del baño (cm)	Ancho				Esta zona cuenta con espacio suficiente para el dispositivo	SI	NO
Observaciones							

6. CALZADO PARA EL CUIDADO Y PROTECCIÓN

Características del calzado	Pie Diabético	Ortopédico	Antideslizante	¿Cuenta con prescripción médica?			SI	NO	
Tipo de calzado	Botas	Tenis	Parihuela	Sandalia	Otro	¿Cuál?	Talla		Color
Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))		Observaciones del profesional							

7. PRESCRIPCIÓN PLANTILLAS ORTOPÉDICAS

Material	Silicona	Gel	Cuero	Otro	¿Cuál?	Talla		Realce	SI NO
¿Cuenta con prescripción médica?			SI				NO		
Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))		Observaciones del profesional							

8. PRESCRIPCIÓN MEDIAS DE COMPRESIÓN

Nivel de compresión	Baja	Media	Alta		Talla		Color	
Tipo	Pantimedia	Pantimedia Maternal	Al muslo	A la rodilla	Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))			

Observaciones del Profesional: usuaria con discapacidad física limitación de la marcha y dolor articular, se realiza solicitud de colchón para favorecer descanso y disminuir dolor

Nombre del Candidato(a)	maria Pico	Firma	MSP	Tipo y No. de ID	CC 39366062	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)		Firma		Tipo y No. de ID		
Nombre del Terapeuta	Alejandra Vargas	Firma		Tipo y No. de ID	CC 1016093026	

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	

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	Mateo						Segundo Nombre	Silvio				
Primer Apellido	Pico						Segundo Apellido	Chaves				
Tipo de Identificación	RC	TI	X	CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No. de ID	1076606621			
Fecha de Visita	23	08	24	Frecuencia de uso				Permanente	Frecuente X		Ocasional	

2. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES

2.1 AUDICIÓN

Aplica SI____ 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 alimenta?	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	Funcional	En proceso

2.4. ÁREA COGNITIVA

Aplica SI ___ No X

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

2.5 MOTRICIDAD

Patrón mano-boca funcional	X SI	NO	Limitación rangos de movimiento MMSS	X	NO	Temblor y/o movimientos asociados MMSS	X	NO	
Fuerza muscular MMSS	X SI	NO	Tipo de agarre	Manos llenas	Cilíndrico X	Enganche	Dígito palmar	Ninguno	Otra, ¿Cuál?
Postura: Asume y mantiene	Sedente X	Cuadrúpeda	Bípeda X	De cúbito X	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	X			NO					
Dominancia	Izquierda			X Derecha					

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	Pinza alcanza objetos, desvestidor de calzado colocador de media	
Kit de alimentación	SI	———	
Ayudas para señalización	SI	———	
Juguetes adaptados	SI	———	
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: usuaria en condición de discapacidad con limitación para actividades de la vida diaria, dificultad para levantar objetos, ponerse los zapatos entre otras, razón por la cual se realiza solicitud de kit de aseo para facilitar actividades cotidianas.

Nombre del Candidato(a)	marta rico	Firma	M.S.B	Tipo y No. de ID	39766621	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)		Firma		Tipo y No. de ID		
Nombre del Terapeuta	Alejandra Vargas	Firma		Tipo y No. de ID	1016033026	

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador (a)	Natalia Sanabria	Firma	Natalia S.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

Observaciones a tener en cuenta para la prescripción:

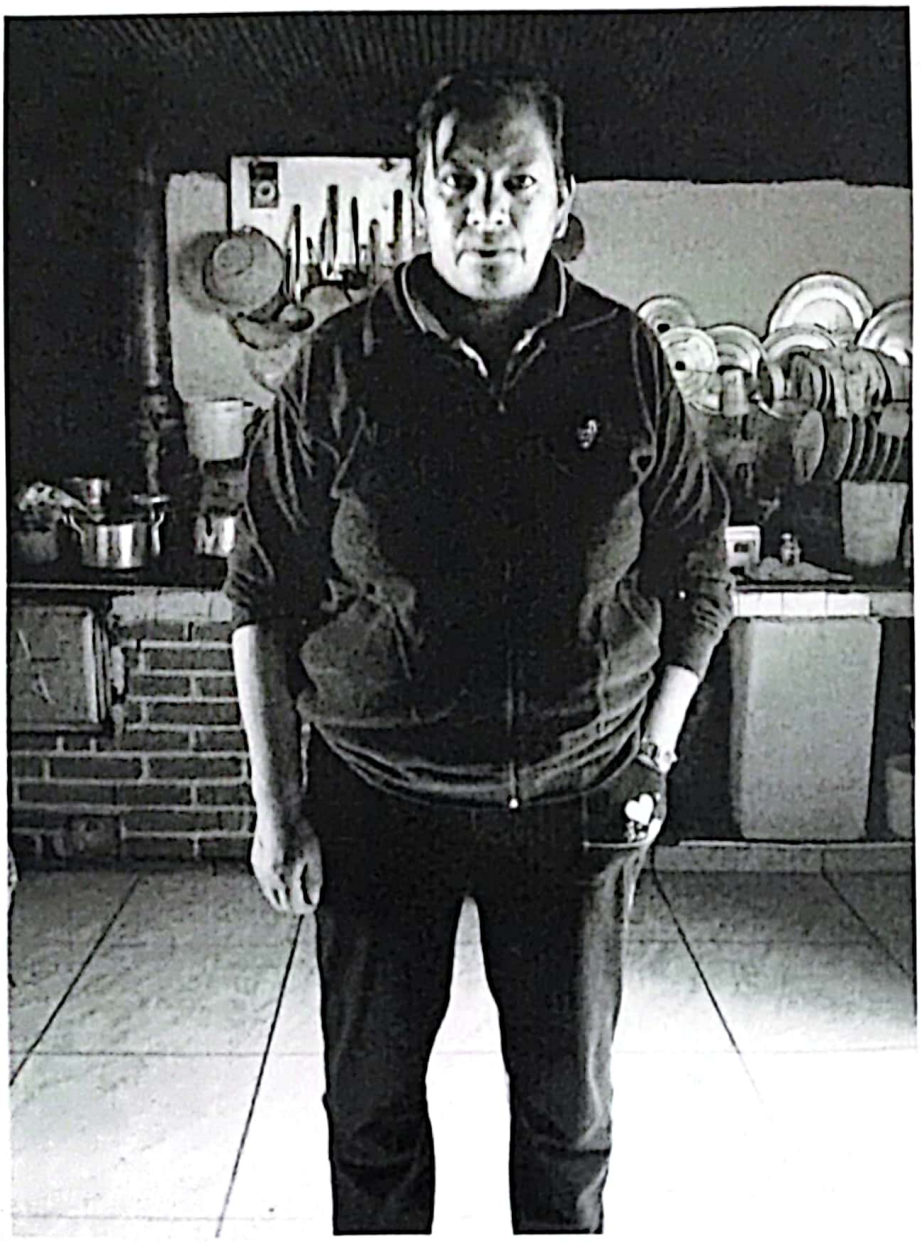
- Variables con opciones de respuesta cuyo contenido esté en formato centrado, por ejemplo "Tipo de Identificación", se marca con una X según corresponda.
- Variables con opción de respuesta cuyo contenido se encuentre en formato inferior, por ejemplo "Fecha de Visita", debe ser diligenciada.
- El Kit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

MARIA SILVA RICO CHÁVEZ

USUARIA DE 56 AÑOS DE EDAD VIVE CON SU HIJO, CON DIAGNÓSTICOS DE OSTEOARTROSIS GENERALIZADA, GASTRITIS Y DIABETES, PRESENTA DEFICIENCIA MODERADA EN PATRÓN DE MARCHA DIFICULTAD PARA SU MOVILIDAD GENERALIZADA Y MANTENER POSTURAS BÁSICAS COMO AGACHARSE Y ESTAR EN BIPEDESTACIÓN POR PERIODOS LARGOS DE TIEMPO , ES AMA DE CASA Y REALIZA SUS QUEHACERES CON DIFICULTAD ASOCIADO A DOLOR POR DEFICIENCIAS EN FUNCIONES RELACIONADAS CON EL MOVIMIENTO, ESTRUCTURAS DE MIEMBROS SUPERIORES , INFERIORES Y TRONCO LAS CUALES LIMITAN SU ROL COMO AMA DE CASA Y SU VIDA EN EL CAMPO

REQUIERE COLCHÓN ORTOPÉDICO SENCILLO Y KIT AVD (PINZA ALCANZA OBJETOS, COLOCADOR DE MEDIAS Y DESVESTIDOR DE CALZADO) PERMITIENDO QUE LAS ARTICULACIONES ESTÉN EN UN POSICIÓN ÓPTIMA AL MOMENTO DE ESTAR ACOSTADA, Y FACILITANDO LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.



Powered by CamScanner