REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **41.427.389**

MORENO De REY

APELLIDOS

MARIA BERTA

NOMBRES



FIRMA



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-DIC-1942**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.49 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

19-ENE-1970 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01370667-F-0041427389-20230726 **0132477704A 1** 8508938896

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

enel | Bogotá

PARA PAGO Y CONSULTAS TU NUMERO DE CLIENTE ES

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

1407246-1

Factura de servicios públicos
No. 136138595-0

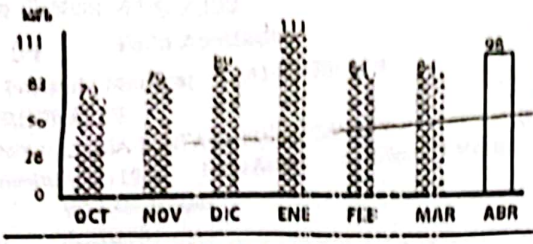
CLIENTE
PABLO RFY
V LANIMAS F ROSA BLANCA CORREGI
LOCALIDAD 20 SUAN-NAZAR - TH BOGOTA, D.C.

OK

FECHA DE EXPEDICIÓN: 16 ABR / 2024

TOTAL A PAGAR	DÍAS FACTURADOS	PAGO OPORTUNO	FECHA SUSPENSIÓN
$54.740	32	22 ABR / 2024	23 ABR / 2024

- EVOLUCIÓN DEL CONSUMO

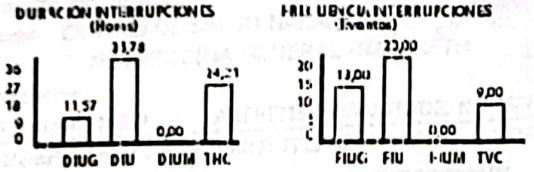


PERIODO FACTURADO
16 MAR / 2024 A 16 ABR / 2024
PRÓXIMA LECTURA: 17 MAY 2024
TIPO LECTURA: Real
ANOMALÍA: Normal
CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: (0(6) 86
CONSUMO PERIODO 98 kWh

- INFORMACIÓN DEL CONSUMO

MEDIDOR No	TIPO MEDIDA	LEC. ACTUAL	LEC. ANTERIOR	FACTOR	ENERGÍA CONS.	ENERGÍA FAC.
24702075	EAFP	22138	22040	1	98	98

- CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 57317TR1 GR: 1 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 84,00 %t: 0,18
PER: 2024/03 DT: 220,0 CT: 84,00 IM: 1 MF: 1

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

- INFORMACIÓN DE INTERÉS

- INFORMACIÓN TÉCNICA

RUTA LECTURA:	45325203		
RUTA REPARTO:	4100532520 1003		
TIPO LIQUIDACIÓN:	Mensual		
SERVICIO-ESTRATO:	RESIDENCIAL - 1		
CIRCUITO-TRAFO:	SR13 57317TR1		
NIVEL DE TENSIÓN:	1	CARGA(KW):	2,00

- INFORMACIÓN TARIFARIA

Gt 375.51 Tt 57.43 Dt [illegible] CVt 102.15
PRt 72.02 Rt 7.10 CFt [illegible] CUt 882.30
TARIFA MES: MAR/2024
Valor kWh aplicado: $882.2969
El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia(0-130 kwh/mes) es de 39.33%

- DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	SUBTOTAL
CONSUMO DE ENERGÍA	
Valor kWh 882,2969 X 98 (Consumo en kWh) EAFP	$86.465
RESIDENCIAL SUBSIDIO	-$51.301
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	**$35.164**
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $3.801 DIARIOS	
COMPENSAC CREG SERV.015/18	-$3.327
SUBTOTAL CONCEPTOS ENERGÍA	**-$3.327**
SUBTOTAL PORTAFOLIO PRODUCTOS	**$22.900**
Ajuste a la decena	$3

Powered by CamScanner

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

Fecha de Registro: 07/02/2024 11:31:31 p. m.
Fecha Actual : jueves, 08 febrero 2024
Consecutivo 31261603

NIT: 900958564

USS: NN - CENTRO DE SALUD NAZARETH
Dirección USS: Corregimiento de Nazareth de Sumapaz
Telefono USS: 3108020460

PLAN DE MANEJO EXTERNO

HISTORIA CLINICA PACIENTE CRONICO HTA- DM-EPOC

Nº Historia Clínica: 41427389
Nº Folio: 64 **Folio Asociado:**
N° Gestor Formula Medica: LC41427389_64

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: MARIA BERTA MORENO DE REY
Identificación: 41427389 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 6/12/1942 **Edad Actual:** 81 Años / 2 Meses / 3 Días
Estado Civil: Soltero
Dirección: VD LAS AURAS
Teléfono: 3218154623
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:
Dirección Resp:
Teléfono Resp:
Nº Ingreso: 1391713 **Fecha:** 07/02/2024 11:22 9

09 FEB 2024 FARMACIA NAZARETH ENTREGADO

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: M069 ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA
Diagnostico Relacionados: M069 - ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA
Diagnostico Relacionados: M199 - ARTROSIS, NO ESPECIFICADA
Diagnostico Relacionados: E780 - HIPERCOLESTEROLEMIA PURA
Diagnostico Relacionados: E039 - HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO

MEDICAMENTOS POS

Medicamento: M00047 PREDNISONA 50MG TABLETA **Cantidad:** 90 NOVENTA
Concentracion: 50 mg **Unidad:** TABLETA **Vía Administración:** Oral **Duración:** 90 Días
Dosis: 50 **Unidad Dosis:** MILIGRAMO **Frecuencia:** 24 Hora
Observaciones: TOMAR 1 TAB AL DIA POR 3 MESES pendiente

Medicamento: M00640 OMEPRAZOL 20 MG CAP. **Cantidad:** 90 NOVENTA
Concentracion: 20 mg **Unidad:** CAPSULA **Vía Administración:** Oral **Duración:** 90 Días
Dosis: 20 **Unidad Dosis:** MILIGRAMO **Frecuencia:** 24 Hora

Profesional 1033812786 - RODRIGUEZ SAMUDIO CAMILO ANDRES
Registro Profesional 1033812786
Especialidad MEDICINA GENERAL CRONICOS

FIRMA Y SELLO

Usuario: 1032656

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

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	41427389
NOMBRES	MARIA BERTA
APELLIDOS	MORENO DE REY
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	10/11/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/19/2024 16:10:31	**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	Mary	Segundo Nombre	Berta
Primer Apellido	Moreno	Segundo Apellido	De Leon
Tipo de Identificación	CC: X	No. de ID	41423389
Fecha de Nacimiento	06 / 12 / 42	Edad	78
Sexo	M: X	Género	F: X
Nombre Identitario		Orientación Sexual	
¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales?	3. Persona con discapacidad: X		
¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos étnicos?	7. Ninguno: X		
Localidad	20 Sumapaz	Barrio	Animus Bajo
UPZ	20		
Dirección	Roja Blanca	Estrato	
Descripción de la ocupación	Ninguno	Teléfonos	3218154623
Tipo de Afiliación a Salud	C: X	EAPB	Capital salud
SISBEN	SI: X	NO	Puntaje del SISBEN
Diagnóstico Médico (CIE10)	M069 Artritis reumatoide	Tipo de Discapacidad	F: X
Dispositivos de Asistencia Personal - Solicitado(s)	DAP - AT 1: calzado ortopedico doble DAP - AT 2: asiento ducha DAP - AT 3:	Cuenta con Cuidador(a)	SI: X
Nombre de Cuidador (a)	N/A	Parentesco	N/A
Datos del cuidador	Teléfono:	Dirección:	Vive con la persona con discapacidad: SI / NO
Otro contacto	Teléfono:	Dirección:	Parentesco:
El solicitante es	Cuidador: 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, Mary Berta Moreno identificado(a) con CC número 41423389, 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)	Maria Moreno	Firma	NO firma	Tipo y No. de ID	CC	41427384	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)		Firma		Tipo y No. de ID			
Nombre del Terapeuta	Alexandra Vargas	Firma		Tipo y No. de ID	CC	1016088016	
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 ortopedico doble	X		
2. asiento de ducha	X		
3.			

Observaciones: Se realiza presentación de usuario ante el comite en donde se realiza aprobación de colchon ortopedico doble y asiento de ducha ya que las partes 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	1022393444
	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 GPE 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	Maria						Segundo Nombre	beita			
Primer Apellido	moreno						Segundo Apellido	de rey			
Tipo de Identificación	RC	TI	X	CE	PEP	Otro	(Cual)	No. de ID	41427389		
Fecha de Visita	23	05	24								

2. CONDICIONES DEL USUARIO

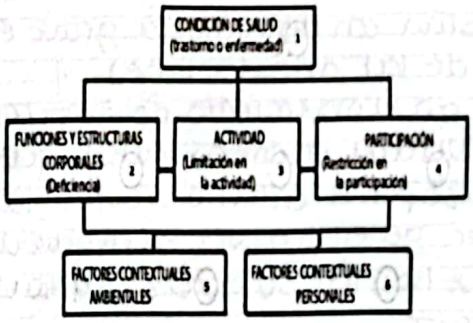
Capacidad de funcionamiento para el uso del Dispositivo de Asistencia Personal: (Calificador de la CIF equivalencia cualitativa, marque con una X)	4. Dificultad completa (Total)	3. Dificultad Grave (Mucha dificultad)	2. Dificultad Moderada (Media dificultad) X	1. Dificultad Ligera (Poca dificultad)	0. No hay Dificultad (Ninguna o insignificante)
Niveles de apoyo para el uso del Dispositivo de Asistencia Personal: (Calificador de la CIF equivalencia cualitativa, marque con una X)	Intensivo	Limitado X	Extenso	Generalizado	

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	SI	X	Otras acciones

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	- Artritis reumatoide - Artrosis - Hipercolesterolemia
2	b710.3 movilidad de las articulaciones s799.373 estructuras relacionadas con el movimiento.
3	d455.3 desplazarse por el entorno, dificultad para caminar en su sitio de vivienda o finca

Powered by CamScanner

4	dato.3 vida comunitaria Dificultad para desplazarse o caminar y realizar actividades propias de la localidad
5	(incluir barreras y facilitadores) Barreras usuaria con esposa adulto mayor que tambien es una persona en condicion de discapacidad.
6	(incluir barreras y facilitadores) facilitadores. usuaria beneficiaria de canasta familiar.

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 con deficiencia grave en funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones y deficiencia de estructuras relacionadas con el movimiento no especificados con cambios anatomicos en estructuras en ambos lados que limitan su capacidad para desplazarse por el entorno restringiendo su vida comunitaria, Asociado a dolor generalizado en articulaciones de miembros superiores e inferiores que limitan su movilidad y sumovilidad y sus actividades de la vida diaria.

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)	Marta Moreno	Firma	No firma	Tipo y No. de ID	CC 21927389	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 1016088826		
Nombre del Gestor Com.		Firma		Tipo y No. de ID			

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador (a)		Firma	Tipo y No. de ID	
	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 ASISTENCIA PERSONAL - PARA LA TERAPIA, ENTRENAMIENTO, CUIDADO Y LA PROTECCIÓN PERSONAL-CLASES 3 Y 9

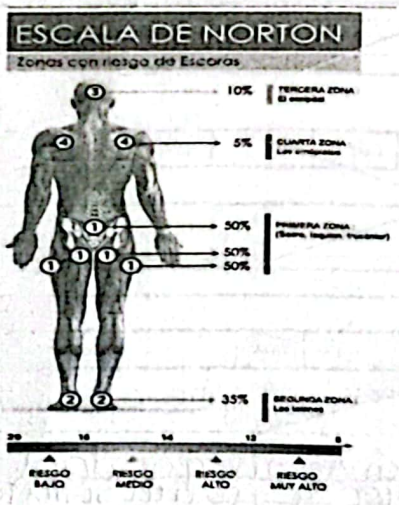
1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

Primer Nombre	maría						Segundo Nombre	berta							
Primer Apellido	moreno						Segundo Apellido	de rey							
Tipo de Identificación	RC	TI	X	CE	PEP	Otro	¿Cuál?		No. de ID	41427389					
Fecha de visita	23	05	24	Peso del candidato			47	Presenta úlcera o escara			SI	X			

2. ÚLCERA O ESCARA (Si la respuesta es NO, pasar al numeral 3)

Presenta úlcera o escara	SI	X	Origen	Por presión	Venosa	Arterial	Mixta	Diabética	Isquémica	Otro	¿Cuál?				
Localización	a.						Grado	a.	1	2	3	4			
	b.							b.	1	2	3	4			
	c.							c.	1	2	3	4			
Ha recibido algún tipo de cuidado por la úlcera o escara	SI	X	¿Cuál?												

2.1 CALIFICACIÓN POR LOCALIZACIÓN: Señale con una x o circulo, en la gráfica, la zona afectada y el riesgo según escala. En la tabla, marque con una X en cada columna, según corresponda (ver instructivo).



ESTADO FÍSICO		ESTADO MENTAL		ACTIVIDAD		MOVILIDAD		INCONTINENCIA		PUNTAJE
Bueno	4	Alerta	4	Ambulante		Total		Ninguna	4	
Mediano		Apático		Disminuida	3	Camina con ayuda	3	Ocasional		
Regular		Confuso		Muy Limitada		Sentado		Urinaria o fecal		
Muy Malo		Estuporoso comatoso		Inmóvil		Encamado		Urinaria y fecal		

TOTAL	18 Puntaje en la escala de Norton	Riesgo bajo Riesgo

3. PRESCRIPCIÓN DE COJINES

Número de horas diarias de permanencia en el dispositivo				Posición en la que permanece	¿Cuál?		Dependiente del cuidador para las actividades de la vida diaria		SI	NO
Tipo de dispositivo requerido	Cojín Antiescaras	Cojín de Posicionamiento	Rin de cómo	Otro	¿Cuál?		Perfil del Dispositivo		Alto	Medio	Bajo
Componente del dispositivo	GelSilicona	Espuma	Aire	Otro	¿Cuál?		Dimensiones del dispositivo (CM O PULG. especificar unidad de medida)		Alto	Profundidad	Ancho
Se prescribe cojín para silla de ruedas		SI	NO	Dimensiones del asiento de la silla de ruedas (CM O PULG especificar unidad de medida)					Alto de espaldar	Profundidad	Ancho

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:	

4. PRESCRIPCIÓN DE COLCHONES

Número de horas diarias de permanencia en el dispositivo		12	Posición en la que permanece	(Sedente) supino	Dependiente del cuidador para las actividades de la vida diaria		SI	X
Tipo de dispositivo requerido	Colchón profiláctico	X	ortopedico		Dimensiones del dispositivo cm		1.90	1.40	40
Características de la prescripción	CAMA HOSPITALARIA		doble		CAMA SOBRE MEDIDA			
Componente del dispositivo	Espuma	Otro	¿Cuál?		Dimensiones de la cama cm		1.90	1.40	100.

5. PRESCRIPCIÓN DE SILLAS DE BAÑO

Tipo de dispositivo requerido	Asiento de ducha					
Dimensiones del baño (cm)	1.60	1.80	Tamaño o Tipo de Silla de Baño (según peso del beneficiario y dimensiones del espacio)		Cabe la silla por la puerta del baño y/o la ducha	X SI / NO
Dimensiones de la ducha (cm)	1.80	1.60			Zona principal donde realiza actividades de higiene	Baño
Dimensiones de la puerta del baño (cm)	70cm				Esta zona cuenta con espacio suficiente para el dispositivo	X SI / NO
Observaciones						

6. CALZADO PARA EL CUIDADO Y PROTECCIÓN

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

7. PRESCRIPCIÓN PLANTILLAS ORTOPÉDICAS

Material	Sábana	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	Panty media	Panty media Materna	Al muslo	A la rodilla	Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))				

Observaciones del Profesional: usuaria en condición de discapacidad física con dolor y rigidez articular se realiza solicitud de colchón ortopedico doble y asiento de ducha para facilitar cambios de posición y favorecer actividad de baño diario.

Nombre del Candidato(a)	marta moreno	Firma	No firma	Tipo y No. de ID	CC 1019273397	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 1016038806	

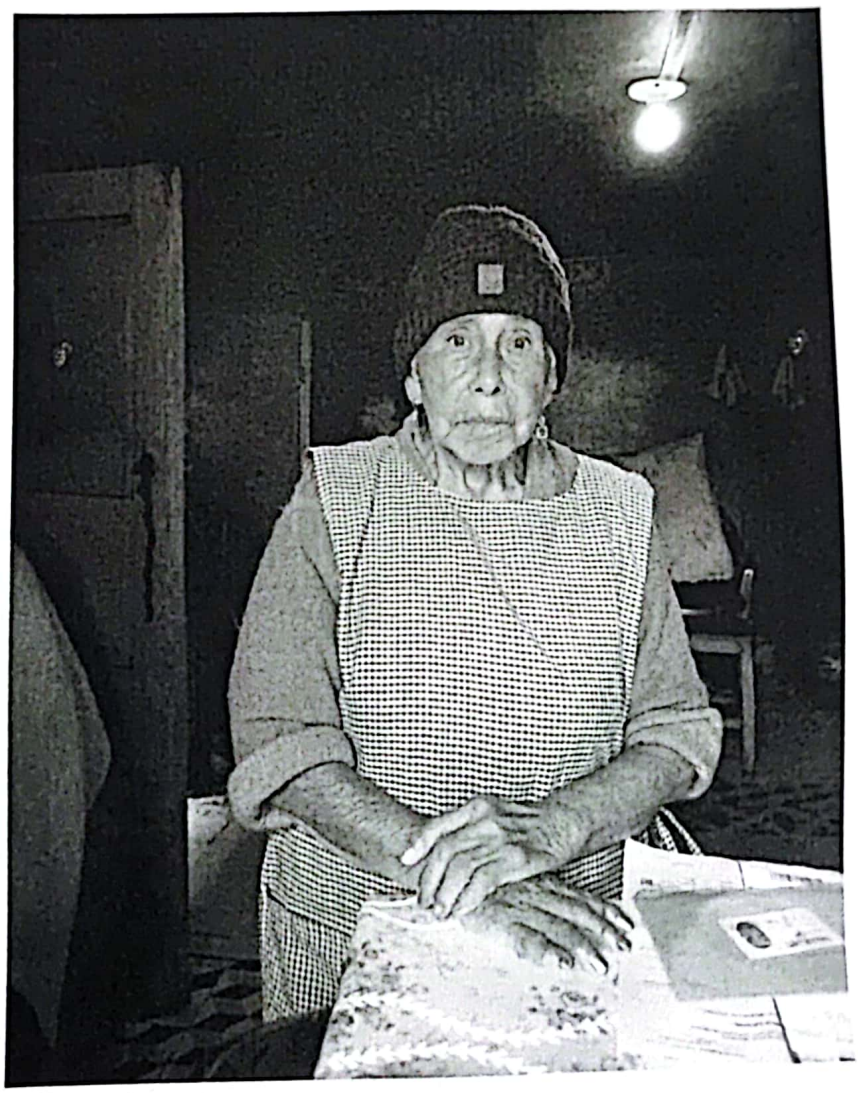
Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador (a)	Natalia Sanabria	Firma	Natalia S.m	Tipo y No. CC de ID	1022393944
	Nombre del(a) Supervisor(a) delegado(a) por el FDL		Firma		Tipo y No. de ID	

Powered by CamScanner

MARIA BERTA MORENO DE REY

USUARIA DE 78 AÑOS DE EDAD VIVE CON SU ESPOSO, CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE, ARTROSIS DEGENERATIVA E HIPERCOLESTEROLEMIA, PRESENTA DEFICIENCIA GRAVE EN FUNCIONES RELACIONADAS CON LA MOVILIDAD DE LAS ARTICULACIONES, DEFICIENCIA EN ESTRUCTURAS RELACIONADAS CON EL MOVIMIENTO NO ESPECIFICADOS CON CAMBIOS CUALITATIVOS EN ESTRUCTURA EN AMBOS LADOS QUE LIMITAN SU CAPACIDAD PARA DESPLAZARSE POR EL ENTORNO RESTRINGIENDO SU VIDA COMUNITARIA ASOCIADO A DOLOR GENERALIZADO EN ARTICULACIONES DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES LIMITADO SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

REQUIERE COLCHÓN ORTOPÉDICO DOBLE GENERANDO QUE LAS ARTICULACIONES QUEDEN EN POSICIÓN ÓPTIMA REDUCIENDO SINTOMATOLOGÍA DOLOROSA Y ASIENTO DE DUCHA EN ACERO EVITANDO LESIONES O RIESGOS DE CAÍDA QUE AFECTEN LA INTEGRIDAD DE LA USUARIA.



Powered by CamScanner