REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **20.347.801**

**HORTUA ROMERO**

APELLIDOS

**MARTHA IDALI**

NOMBRES



FIRMA



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-AGO-1963**

**NAZARETH**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.52** | **B+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**09-DIC-1983 BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-00933843-F-0020347801-20170823 0057151385A 3 9910088612

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

# REPUBLICA DE COLOMBIA
## IDENTIFICACION PERSONAL
### CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.524.366**

**HORTUA ROMERO**

APELLIDOS

**MARIA MARLENE**

NOMBRES



FIRMA



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-AGO-1978**

**BOGOTA D.C.**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| 1.60 | O+ | F |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**07-MAR-1997 BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00155551-F-0052524366-20090504 0011200590A 1 1310037063

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

enel | Bogotá

PARA PAGO Y CONSULTAS TU NÚMERO DE CLIENTE ES

1407926-9

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 830.059.875-6
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

Factura de servicios públicos
No. 140321308-7

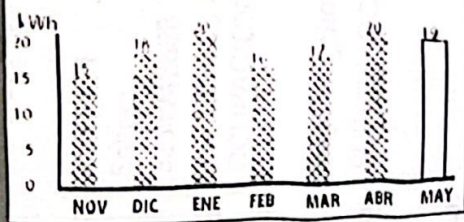
1 de 1

**CLIENTE**
SIMEON ORTUA
VIA RAIZAL SC CENTRO
-EL RAIZAL-BOGOTA D.C.

FECHA DE EXPEDICIÓN: 17 MAY / 2024

| TOTAL A PAGAR | DÍAS FACTURADOS | PAGO OPORTUNO | FECHA SUSPENSIÓN |
|---|---|---|---|
| $6.870 | 31 | 24 MAY / 2024 | 28 MAY / 2024 |

## EVOLUCIÓN DEL CONSUMO

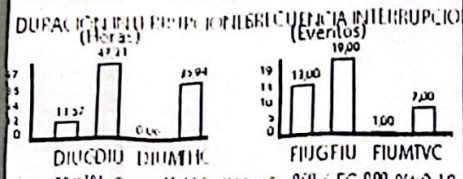



| | |
|---|---|
| PERIODO FACTURADO | 17 ABR / 2024 A 17 MAY / 2024 |
| PRÓXIMA LECTURA: | 18 JUN 2024 |
| TIPO LECTURA: | Real |
| ANOMALÍA: | Normal |
| CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: | (000) 18 |
| CONSUMO PERIODO | 19 kWh |

## INFORMACIÓN DEL CONSUMO

| MEDIDOR No | TIPO MEDIDA | LEC. ACTUAL | LEC. ANTERIOR | FACTOR | ENERGÍA CONS. | ENERGÍA FAC. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2501[illegible]4 | EAFP | 9834 | 9815 | 1 | 19 | 19 |

## CALIDAD DEL SERVICIO




CD 573361R1 GR [illegible] TI [illegible] 0.00 VC: 0.00 CEC: 0.00 %t:0,18
PER [illegible] DT [illegible] CF: 17.00 MC: 0 MF: 1

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

## INFORMACIÓN DE INTERÉS

## INFORMACIÓN TÉCNICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| RUTA LECTURA : | 453251410 | | |
| RUTA REPARTO : | 4004532514 4012 | | |
| TIPO LIQUIDACIÓN : | Mensual | | |
| SERVICIO-ESTRATO : | RESIDENCIAL - 1 | | |
| CIRCUITO-TRAFO : | SR12 573361R1 | | |
| NIVEL DE TENSIÓN : | 1 | CARGA(KW) : | 2,00 |

## INFORMACIÓN TARIFARIA

Gr 381.34 Tr 54.27 Dr 266.13 CVr 107.85
PRr 73.48 Rr 7.15 CFr 0.00 CUr 890.22
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 19 (Consumo en kWh) EAFP | $16.914 |
| RESIDENCIAL SUBSIDIO | -$10.048 |
| SUBTOTAL VALOR CONSUMO | $6.866 |
| ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, | |
| TE COSTÓ $767 DIARIOS | |
| SUBTOTAL CONCEPTOS ENERGÍA | $0 |
| Ajuste a la decena | $4 |

Powered by CamScanner

Secretaria de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

900959051

## SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS

### CONSULTA EXTERNA

**Nº Historia Clínica:** 20347801 **Nº Folio:** 5 **Fecha Folio:** 10/07/2023 7:32:11 a. m. **Folio Asociado:** 4

**DATOS PERSONALES**

**Nombre Paciente:** MARTHA IDALI HORTUA ROMERO **Identificación:** 20347801 **Sexo:** Femenino
**Fecha Nacimiento:** 28/agosto/1963 **Edad Actual:** 59 Años / 10 Meses / 12 Días **Estado Civil:** Soltero
**Dirección:** vereda el raizal corregimiento de betania sumapaz **Teléfono:** 3204242668
**Procedencia:** BOGOTA **Ocupación:** PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

**DATOS DE AFILIACIÓN**

**Entidad:** CAPITAL SALUD EPS-S **Régimen:** Regimen_Simplificado
**Plan Beneficios:** PGP CAPITAL SALUD EPS **Nivel - Estrato:** SUBSIDIADO NIVEL 2

**DATOS DEL INGRESO**

**Responsable:** . **Teléfono Resp:** .
**Dirección Resp:** .. **Nº Ingreso:** 15458180 **Fecha:** 10/07/2023 6:54:25 a.
**Finalidad Consulta:** No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General
**Area Servico:** 1SCC24 - SANTA CLARA CONSULTA EXTERNA REUMATOLOGIA ADULTO **Centro Atención** 1SC - HOSPITAL SANTA CLARA
**Cama**

**DIAGNOSTICO PRINCIPAL**

059 - ARTRITIS REUMATOIDE SEROPOSITIVA, SIN OTRA ESPECIFICACION

**LISTADO DE PROCEDIMIENTOS:**

**Código CUPS** 39143-24 890288 REUMATOLOGIA - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA **Cantidad:** 1 **Estado:** Rutin
**Servicio:** 39143-24 **Observaciones:** CONTROL EN 3 MESES

**Total Items:** 1

Powered by CamScanner
Powered by CamSc

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
MISIONAL – TRANSVERSAL
FORMATO ÚNICO DE CONTINGENCIA: EXÁMENES -PROCEDIMIENTO QX o NO QX

CÓDIGO: MI-TV-FT-062
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-11-07

| FECHA | TIPO DE AFILIACION |
|---|---|
| 10 / 1 / 2022 | FED EPS-C ☐ EPS-S ☐ SOAT ☐ OTRAS ☐ |

TIPO DE CONSULTA: URGENCIAS ☐ HOSPITALIZACION ☐ CONSULTA EXTERNA ☐

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. ☐ T.I. ☐ OTRO ☐ No. 20 347 901

UNIDAD DE ATENCION: Stoclara

| NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | EDAD | COGIDO CIE 10 |
|---|---|---|---|---|
| Martha | Martinez | | 59 | M059 |

DESCRIPCION

Paciente con Discapacidad Fisica severa en Manos y pies por Artritis Reumatoide

Dr. NESTOR SPIÑEL BEJARANO
MEDICINA INTERNA - REUMATOLOGÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL
C.C. 79.724.620

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

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 | 20347801 |
| NOMBRES | MARTHA IDALI |
| APELLIDOS | HORTUA ROMERO |
| 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 | 01/06/2013 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| Fecha de Impresión: | 06/19/2024 15:38:01 | Estación de origen: | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

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

*ecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la* **Fecha de ión Efectiva** *hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual*

Powered by CamScanner

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD | DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD<br>PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD<br><br>DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO | Elaborado por:<br>Revisado por:<br>Aprobado por: | |
|---|---|---|---|

## FORMATO DE SOLICITUD

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Nombre | martha | Segundo Nombre | idali |
| Primer Apellido | Hortua | Segundo Apellido | Romero |
| Tipo de Identificación | RC: TI: CC: X CE: PEP: Otro: ¿Cuál? | No. de ID | 20347800 colombiano |
| Fecha de Nacimiento | 28 08 63 | Edad | 60 |
| Sexo | H: X I/N: | Género | X M: TR: Otro: ¿Cuál? |
| Nombre Identitario | — | Orientación Sexual | HE: HO: BI: NB/NR: Otro: ¿Cuál? |
| ¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales? | 1. Gestante: 2. Persona con discapacidad: X 3. Víctima del conflicto armado: 4. Población LGTBIQ+: 5. Excombatiente: 6. Persona en condición de calle: 7. Inmigrantes: 8. Campesino/Campesina: 9. Persona de sustancias psicoactivas: 10. Ninguna: | | |
| ¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos étnicos? | 1. Afrodescendiente: 2. Negro/a: 3. Palenquero: 4. Raizal: 5. Indígena: Indique nombre de Pueblo Indígena: 6. Rom o gitano/a: 7. Ninguno: X | | |
| Localidad | 20 Sumapaz | Barrio | Raizal UPZ 20 |
| Dirección | finca la esperanza | | Estrato 1 |
| Descripción de la ocupación | Ama de casa | Teléfonos | 3204242668 |
| Tipo de Afiliación a Salud | X C: PPNA: EX/ES: | EAPB | capital salud SISBEN: SI: X Puntaje del SISBEN |
| Diagnóstico Médico (CIE10) | M059 Artritis reumatoidea | Tipo de Discapacidad | X A: V: S/C: CG: P/MT: MP: |
| Dispositivos de Asistencia Personal - Solicitado(s) | colchón ortopedico doble. DAP - AT 1<br>Kit aud, cepillo extensor, colador de medias, dispensador de calzado, DAP - AT 3<br>banco abotonador | | Cuenta con Cuidador(a): X NO: |
| Nombre de Cuidador (a) | marlene hortua | Parentesco | Hermana |
| Datos del cuidador | 3103293075 Teléfono: Finca la esperanza Dirección: | Vive con la persona con discapacidad | SI: X 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 | 22 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, marlene hortua, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 52529366 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) | martha hortua | Firma | NO FIRMA | Tipo y No. de ID | 20347901 | Huella Digital del Candidato | |
| Nombre del Cuidador(a) | marlene hortua | Firma | Marlen Hortua | Tipo y No. de ID | 52-221366 | | |
| Nombre del Terapeuta | Alejandra Vargas | Firma | | Tipo y No. de ID | 1016038026. | | |
| 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. colchon ortopedico | X | | |
| 2. KIT AVD. | X | | |
| 3. | | | |

Observaciones: Se realiza presentación del usuario ante el comite y se realiza aprobación de colchon ortopedico y kit de AVD 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 | Natalias.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 Bibliografica: Formato adaptado del Lineamiento para el otorgamiento de Dispositivos de Asistencia Personal 2023, séptima edición – 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 | Martha | | | | | | Segundo Nombre | Idali | | | |
| Primer Apellido | Hortua | | | | | | Segundo Apellido | Romero | | | |
| Tipo de Identificación | RC | TI | X | CE | PEP | Otro ¿Cuál? | | No. de ID | 20321801 | | |
| Fecha de Visita | 22 | 05 | 24 | | | | | | | | |

**2. CONDICIONES DEL USUARIO**

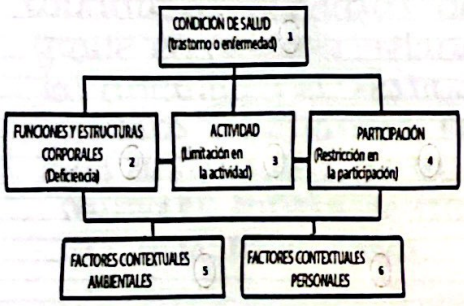
| **Capacidad de funcionamiento para el uso del Dispositivo de Asistencia Personal:** (Calificador de la CIF equivalencia cualitativa, marque con una X) | 4. Dificultad completa (Total) | 3. Dificultad Grave (Mucha extrema ) | 2. Dificultad Moderada (Media Regular) | 1. Dificultad Ligera (Poca, escasa) | 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 X | Semidependiente | Dependiente |

| **Cuenta con el Registro Local de Caracterización de Personas con Discapacidad y Certificado de Discapacidad** | SI | X | 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 | -HTA<br>-Artritis re matordea. |
| 2 | b710.3 Funciones relacionadas con las articulaciones y los huesos.<br>b280.2 Funciones de dolor<br>b749.3 Funciones neuromusculoesqueleticas relacionadas con el movimiento |
| 3 | d230.3 llevar a cabo rutinas diarias. | s730.373 estructura de extremidad superior.<br>s750.373 estructura de extremidad inferior. |



Powered by CamScanner

| | |
|---|---|
| 4 | d4130.3 llevar objetos y levantarlos.<br>d598.2 autocuidado |
| 5 | (Incluir barreras y facilitadores)<br>facilitadores<br>Apoyo de familiares cercanos |
| 6 | (Incluir barreras y facilitadores)<br>Barreras<br>Agarres y realizar quehaceres del hogar. |

**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 y estabilidad de las articulaciones, estructuras de región inferior y superior con cambios cualitativos en estructura en ambos lados que limitan sus actividades de la vida diaria, capacidad de realizar multiples tareas, levantar objetos restringiendo su rol de ama de casa en el campo.

| **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

| | |
|---|---|
| 4 | d2430.3 llevar objetos y levantarlos.<br>d598.2 autocuidado |
| 5 | (Incluir barreras y facilitadores)<br>facilitadores<br>Apoyo de familiares cercanos |
| 6 | (Incluir barreras y facilitadores)<br>Barreras<br>Agarres y realizar quehaceres del hogar. |

**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 y estabilidad de las articulaciones, estructuras de región inferior y superior con cambios cualitativos en estructura en ambos lados que limitan sus actividades de la vida diaria, capacidad de realizar multiples tareas, levantar objetos restringiendo su rol de ama de casa en el campo.

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



Powered by CamScanner

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre del Candidato(a) | Martha Hortua | Firma | No firma | Tipo y No. de ID | 20324801 | Huella Digital del Candidato |
| Nombre del Cuidador(a) | Marlene Hortua | Firma | Marlene Hortua | Tipo y No. de ID | 52522366 | |
| Nombre del Terapeuta | Alejandra Vargas | Firma | | Tipo y No. de ID | 1016058026 | |
| Nombre del Gestor Com. | | Firma | | Tipo y No. de ID | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Revisa y certifica | Nombre del(a) Facilitador (a) | Natalia Sanabria | Firma | | Tipo y No. de ID | CC 1022438444 |
| | 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 GPE, SDS, 2024



Powered by CamScanner

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD | DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD<br>PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD<br>FORMATO CONTROLADO NO CODIFICADO | Elaborado por:<br>Revisado por:<br>Aprobado por: | |
|---|---|---|---|

# FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL - PARA LA TERAPIA, ENTRENAMIENTO, CUIDADO Y LA PROTECCIÒN PERSONAL-CLASES 3 Y 9

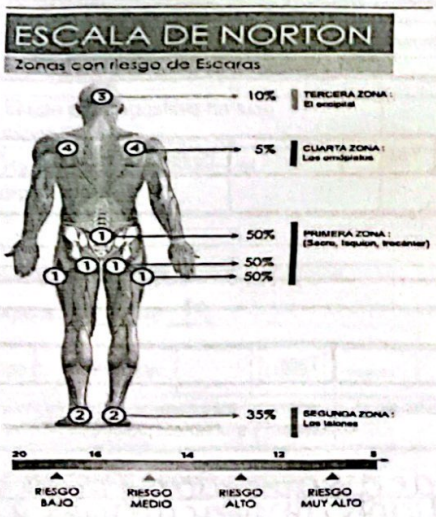
## 1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Primer Nombre | martha | | | | | Segundo Nombre | rdali | | | | |
| Primer Apellido | hortua | | | | | Segundo Apellido | romero | | | | |
| Tipo de Identificación | RC | TI | X | CE | PEP | Otro | ¿Cuál? | | No. de ID | 20347801 | |
| Fecha de visita | 22 | 05 | 24 | Peso del candidato | | 50 | | | Presenta úlcera o escara | SI | X NO |

## 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 | Iatrogénica | 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 | Alerta 4 | Ambulante | Total 4 | Ninguna 4 | |
| Medio 3 | Apático | Disminuida 3 | Camina con ayuda | Ocasional | |
| Regular | Confuso | Muy Limitada | Sentado | Urinaria o fecal | |
| Muy Malo | Estuporoso comatoso | Inmóvil | Encamado | Urinaria y fecal | |

| TOTAL | Puntaje en la escala de Norton | Riesgo |
|---|---|---|
| | 18 | riesgo bajo |

## 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 cóxis | Otro | ¿Cuál? | | Perfil del Dispositivo | Alto | Medio | Bajo |
| Componente del dispositivo | Gel/Silicona | 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<br>PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD<br>FORMATO CONTROLADO NO CODIFICADO | Elaborado por:<br>Revisado por:<br>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 | |
| Tipo de dispositivo requerido | Colchón antiescaras | X | Otro ¿Cuál? colchón | Dimensiones del dispositivo (CM) | 1.90 | 1.40 | 15. | |
| Características de la prescripción | CAMA HOSPITALARIA ortopedico doble | | | CAMA SOBRE MEDIDA | | | | |
| Componente del dispositivo | Espuma X | Otro | ¿Cuál? | Dimensiones de la cama (CM) | 190 | 1.40 | 15. | |

## 5. PRESCRIPCIÓN DE SILLAS DE BAÑO

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo de dispositivo requerido | | | | | | |
| Dimensiones del baño (cm) | Ancho | Largo | Tamaño a 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 | 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 | Antiséptico | ¿Cuenta con prescripción médica? | | SI | NO | |
| Tipo de calzado | Botas | Tenis | Formal | Sandalia | ¿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 mèdica? | 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 Materna | Al muslo | A la rodilla | Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es)) | | | |

**Observaciones del Profesional:** usuaria en condición de discapacidad física con limitación para actividades de la vida diaria, realizar aseos y actividades propias del hogar, dificultad para realizar cambios de posición principalmente en miembros superiores.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre del Candidato(a) | martha Hortua | Firma | NO FIRMA | Tipo y No. de ID | 20347801 | Huella Digital del Candidato |
| Nombre del Cuidador(a) | marlene Hortua | Firma | Marlen Hortua | Tipo y No. de ID | 52529366 | |
| Nombre del Terapeuta | Alejandra Vargas | Firma | | Tipo y No. de ID | 1016088026. | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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<br>PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD<br>FORMATO CONTROLADO NO CODIFICADO | Elaborado por:<br>Revisado por:<br>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 | martha | | | | | | Segundo Nombre | Idali | | | | |
| Primer Apellido | Hoyos | | | | | | Segundo Apellido | Romero | | | | |
| Tipo de Identificación | RC | TI | CC X | CE | PEP | Otro | ¿Cual? | No. de ID | 20347807 | | | |
| Fecha de Visita | DD 22 | MM 05 | AA 21 | | 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 | Sólida | Mixta | ¿Se alora? | 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 SÍ** X **No** ___

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | SI | NO | Limitación rangos de movimiento MMSS | SI | NO | Temblor y/o movimientos asociados MMSS | SI | NO | |
| Fuerza muscular MMSS | SI | NO | Tipo de agarre | Manos llenas | Cilíndrico | Enganche | Digito palmar | Ninguno | Otro, ¿Cuál? |
| Postura: Asume y mantiene | Sedente | Cuadrúpeda | Bípeda | De cubito | Otra ¿Cuál? | | | | |
| Posición cefálica | Neutra | Lateralizada | Con rotación | Hiperextendida | Colgante | | | | |
| Limitación rangos de movimiento en MMSS | SI | NO | | | | | | | |
| Temblor y/o movimientos asociados en MMSS | SI | NO | | | | | | | |
| Dominancia | Izquierda | 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 | colocador de medias, desvestidor de calzado cepillo extensor gancho abotonador | |
| 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<br>PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD<br>FORMATO CONTROLADO NO CODIFICADO | Elaborado por:<br>Revisado por:<br>Aprobado por: | |
|---|---|---|---|

**Observaciones del Profesional:** Usuaria en condición de discapacidad física con limitación para la funcionalidad de miembros superiores en actividades que requieren el uso fino de la mano asociado a artrosis y a deformidad de sus extremidades dolor y rigidez articular se realiza solicitud de kit de AVD para favorecer actividades de la vida diaria como vestirse ponerse los zapatos etc

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre del Candidato(a) | Martha Hortua | Firma | No firma | Tipo y No. de ID | 20347807 | Huella Digital del Candidato |
| Nombre del Cuidador(a) | Marlen Hortua | Firma | Marlen Hortua | Tipo y No. de ID | 52529366 | |
| Nombre del Terapeuta | Alejandra Vargas | Firma | | Tipo y No. de ID | 1016005016. | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Revisa y certifica | Nombre del(a) Facilitador (a) | Natalia Jaramillo | Firma | Natalia J.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

**MARTHA IDALI HORTUA**

USUARIA DE 60 AÑOS DE EDAD VIVE CON SU HERMANA CON DIAGNÓSTICOS DE ARTRITIS REUMATOIDEA, CON DEFICIENCIA GRAVE EN FUNCIONES RELACIONADAS CON LA MOVILIDAD Y ESTABILIDAD DE LAS ARTICULACIONES, ESTRUCTURAS DE REGIÓN SUPERIOR E INFERIOR CON CAMBIOS CUALITATIVOS EN ESTRUCTURA EN AMBOS LADOS QUE LIMITAN SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, CAPACIDAD PARA REALIZAR MÚLTIPLES TAREAS, LEVANTAR OBJETOS RESTRINGIENDO SU ROL DE AMA DE CASA EN EL CAMPO

**REQUIERE COLCHON ORTOPEDICO DOBLE FACILITANDO CAMBIOS DE POSICIÓN Y REDUCIR DOLOR OSTEOMUSCULAR Y KIT AVD (COLOCADOR DE MEDIAS, DESVESTIDOR DE CALZADO, CEPILLO EXTENSOR Y GANCHO ABOTONADOR) DEBIDO A SU LIMITACIÓN FÍSICA EN MIEMBRO *INFERIORES QUE* REQUIEREN EL USO FINO DE LA MANO.**



Powered by CamScanner