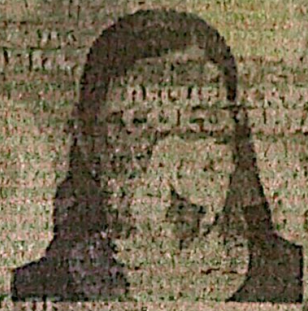
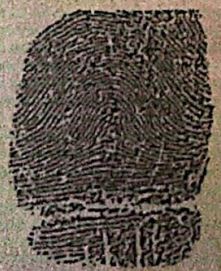
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 21.075.259
APELLIDOS MICAN
NOMBRES NOHORA ELSY



Nohora Elsy Micán



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-NOV-1960
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
09-DIC-1979 USME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500120-42142081-F-0021075259-20080100 0675500004B 02 203510052

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

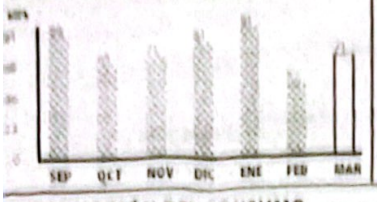
No. 132393271-0

CLIENTE
PEDRO NEL ROMERO

FECHA DE EXPEDICIÓN: 15 MAR / 2024

TOTAL A PAGAR	DIAS FACTURADOS	PAGO OPORTUNO	FECHA SUSPENSIÓN
$21.550	28	27 MAR / 2024	26 MAR / 2024

EVOLUCIÓN DEL CONSUMO

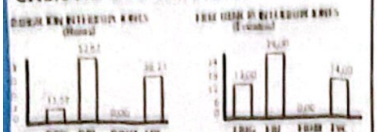


PERIODO FACTURADO	17 FEB / 2024 A 15 MAR / 2024
PRÓXIMA LECTURA:	16 ABR 2024
TIPO LECTURA:	Real
ANOMALÍA:	Normal
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES:	(000) 74
CONSUMO PERIODO	71 kWh

INFORMACIÓN DEL CONSUMO

MEDIDOR No	TIPO MEDIDA	LEC. ACTUAL	LEC. ANTERIOR	FACTOR	ENERGÍA CONS.	ENERGÍA FAC.
9518[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1	71	71

CALIDAD DEL SERVICIO



INFORMACIÓN DE INTERÉS

INFORMACIÓN TÉCNICA

RUTA LECTURA:	45725173 24
RUTA REPARTO:	4006532517 4024
TIPO LIQUIDACIÓN:	Mensual
SERVICIO-ESTRATO:	RESIDENCIAL 1
CIRCUITO-TRAFO:	SR12 57 [illegible]
NIVEL DE TENSIÓN:	CARGA(KW): 3.00

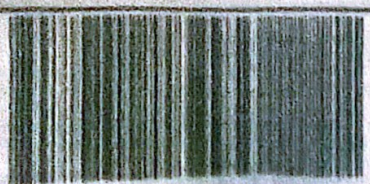
INFORMACIÓN TARIFARIA

Gr:	37.72	Tr:	49.30	Dr:	35.04
Pfr:	70.95	Rr:	9.72	CFr:	0.00
CV:	106.74				
CU:	862.37				

TARIFA MES: [illegible]/2024
Valor kWh aplicado: $862.3726
El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia(-130 kwh/mes) es de 59.04%

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	SUBTOTAL
CONSUMO DE ENERGÍA	
Valor kWh 862.4226 X 71 (Consumo en kWh) EAEP	$61.228
RESIDENCIAL SUBSIDIO	-$36.026
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	**$25.202**
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $3.087 DIARIOS	
COMPENSAC CREG SERV.01%/18	$3.655
SUBTOTAL CONCEPTOS ENERGÍA	**-$3.655**
Ajuste a la decena	$3



Factura de Servicios Públicos No [illegible]

TOTAL A PAGAR
$21.550
PAGO OPORTUNO

Powered by CamScanner

Sur E.S.E.

Domingo, 09 Julio 2023

Consecutivo 28180164

Pendiente Rit AVO.

NIT: 900958564

USS: NN - CENTRO DE SALUD NAZARETH
Dirección USS: Corregimiento de Nazareth de Sumapaz
Telefono USS: 3106220460

PLAN DE MANEJO EXTERNO

HISTORIA CLINICA PACIENTE CRONICO HTA- DM-EPOC

Nº Historia Clínica: 21075259
Nº Folio: 87 **Folio Asociado:** 83
Nº Gestor Formula Medica: LC21075259_87

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: NOHORA ELSY MICAN
Identificación: 21075259 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 11/11/1960 **Edad Actual:** 62 Años / 7 Meses / 26 Días
Estado Civil: Casado
Dirección: VEREDA RAIZAL SUMAPAZ
Telefono: 3138210844
Procedencia: BOGOTA
Ocupación: Otras Ocupadones

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 2

DATOS DEL INGRESO

Responsable: paciente Ingresas olo
Telefono Resp: 0
Dirección Resp: 0
Nº Ingreso: 1270757 **Fecha:** 08/07/2023 16:06 7
Finalidad Consulta: No_Aplica
Causa Externa: Enfermedad_General
Sede Asistencial: CENTRO DE SALUD NAZARETH
Ingreso Por: Consulta_Externa
Servicio: CONS MEDICINA GENERAL - USS NAZARETH
Suministros Paciente:

Diagnostico Principal: E109 DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
Diagnostico Relacionados: E109 - DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
Diagnostico Relacionados: M170 - GONARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL
Diagnostico Relacionados: E669 - OBESIDAD, NO ESPECIFICADA

MEDICAMENTOS POS

Medicamento: M00160 METFORMINA CLORHIDRATO1000 mg **Cantidad:** 180 CIENTO OCHENTA
Concentración: 1000 mg **Unidad:** TABLETA **Vía Administración:** Oral **Duración:** 90 Dias
Dosis: 1.000 **Unidad Dosis:** MILIGRAMO **Frecuencia:** 12 Hora
1 - Ya
2 - [illegible]
3 - [illegible]

Observaciones: TOMAR UNA TABLETA VÍA ORAL CADA 12 HORAS.

Medicamento: M00109 SITAGLIPTINA FOSFATO 100 mg - TABLETA **Cantidad:** 90 NOVENTA
Concentracion: 100 mg **Unidad:** TABLETA **Vía Administración:** Oral **Duración:** 90 Dias
Dosis: 100 **Unidad Dosis:** MILIGRAMO **Frecuencia:** 24 Hora

Profesional 1144074810 - CHICANGANA RUIZ OSCAR ANDRES
Registro Profesional 1144074810
Especialidad MEDICINA GENERAL

Oscar Andres Chicangana Ruiz
MEDICO Y CIRUJANO
R.M. 1144074810
U. DEL VALLE
FIRMA Y SELLO

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

Paola Gonzalez
CC. 1023006378
Cel 3008963251

Powered by CamScanner

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

Fecha de Registro: 3/07/2023 9:41:22 p. m.
Fecha Actual : domingo, 09 Julio 2023
Consecutivo 28180164

NIT: 900958564

USSI NN - CENTRO DE SALUD NAZARETH
Dirección USSI Corregimiento de Nazareth de Sumapaz
Teléfono USSI 3108020460

PLAN DE MANEJO EXTERNO

HISTORIA CLINICA PACIENTE CRONICO HTA- DM-EPOC

Nº Historia Clínica: 21075259
Nº Folio: 87 Folio Asociado: 83
Nº Gestor Formula Medica: LC21075259_87

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: NOHORA ELSY MICAN
Fecha Nacimiento: 11/11/1960 Edad Actual: 62 Años / 7 Meses / 26 Días
Dirección: VEREDA RAIZAL SUMAPAZ
Procedencia: BOGOTA

Identificación: 21075259 Sexo: Femenino
Estado Civil: Casado
Teléfono: 3138210844
Ocupación: Otras Ocupadones

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: CAPITAL SALUD EPSS S A S
Plan Beneficios: FE CAPITAL SALUD SUBSIDIADO PGP 2023

Régimen: Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 2

DATOS DEL INGRESO

Responsable: paciente ingresas olo
Dirección Resp: 0

Teléfono Resp: 0
Nº Ingreso: 1270757 Fecha: 03/07/2023 16:06 7

Finalidad Consulta: No_Aplica
Sede Asistencial: CENTRO DE SALUD NAZARETH
Servicio: CONS MEDICINA GENERAL - USS NAZARETH
Suministros Paciente:

Causa Externa: Enfermedad_General
Ingreso Por: Consulta_Externa

Diagnostico Principal: E109 DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION

Observaciones: TOMAR UNA TABLETA VIA ORAL CADA 24 HORAS.

Medicamento: M00350 EMPAGLIFLOZINA 25 mg TABLETA Cantidad: 90 NOVENTA
Concentracion: 25 mg Unidad: TABLETA Vía Administración: Oral Duración: 90 Días
Dosis: 25 Unidad Dosis: MILIGRAMO Frecuencia: 24 Hora

Observaciones: TOMAR UNA TABLETA VIA ORAL CADA 24 HORAS.

Medicamento: M00199 CALCIO CARBONATO 600MG + VITAMINA D 100UI TAB Cantidad: 90 NOVENTA
Concentracion: 600 mg Unidad: TABLETA Vía Administración: Oral Duración: 90 Días
Dosis: 600 Unidad Dosis: MILIGRAMO Frecuencia: 24 Hora

Observaciones: TOMAR UNA TABLETA VIA ORAL CADA 24 HORAS.

1 - Jan
2 - Mar
3 - Sept

Total Items: 14

Profesional 1144074810 - CHICANGANA RUIZ OSCAR ANDRES
Registro Profesional 1144074810
Especialidad MEDICINA GENERAL

Oscar Andres Chicangana Ruiz
MEDICO CIRUJANO
R.M. 1144074810
FIRMA Y SELLO

Usuario: 1144074810

Pre reporte : INRPRemisionEntrada Página 2/2
VINCULADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.] NIT [900958564-9]

Powered by CamScanner

Sur E.S.E.

Fecha Actual : Jueves, 12 enero 2023

NIT: 900958564

USS: JC - CENTRO DE SALUD EL CARMEN
CL 48 B SUR No. 28 - 80

Estevica

SOLICITUD DE EXÁMENES

CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

Nº Historia Clínica: 21075259 **Nº Folio:** 69 **Folio Asociado:** **Nº DE ORDEN:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: NOHORA ELSY MICAN
Tipo de documento: CédulaCiudadanía **Identificación:** 21075259 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 11/11/1960 **Edad Actual:** 62 Años / 2 Meses / 1 Días **Estado Civil:** Casado
Dirección: VEREDA RAIZAL LOCALIDAD 20 SUMAPAZ **Teléfono:** 3138210844
Procedencia: BOGOTA **Ocupación:** Otras Oupaciones

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: CAPITAL SALUD EPSS S A S **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: FE CAPITAL SALUD SUBSIDIADO PGP 2022 **Nivel - Estrato:** SUBSIDIADO NIVEL 2
Código Plan de Beneficios: FES03414

DATOS DEL INGRESO

Responsable: . **Teléfono Resp:**.
Dirección Resp: . **Nº Ingreso:** 11720198 **Fecha:** 12/01/2023
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General
ÁREA SERVICIO: X00SS **SELECCIONAR CENTRO DE COSTO**

IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnóstico: M170 GONARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL

LISTADO DE EXÁMENES

OID DGH	CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO
42639829	890380	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	1	Rutinario
Observación:	CONTROL EN 3 MESES			
42639830	890244	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA	1	Rutinario
Observación:	OBESIDAD			

Total Ítems: 2

Profesional 79515837 - PARDO RODRIGUEZ LUIS CARLOS
Registro Profesional 79515837
Especialidad ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL EL TUNAL
Dr. LUIS CARLOS PARDO R.
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
R.M. 6511-93

FIRMA Y SELLO

Solicite su cita en la Linea Única Distrital de Citas Medicas 3078181 o Linea gratuita 018000118181

Usuario: 79515837

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

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
NOHORA	ELSY	MICAN	

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: 21075259

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
2021	9	9

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	20.83
Movilidad	80.00
Cuidado Personal	31.25
Relaciones	15.00
Actividades de la Vida Diaria	85.00
Participación	50.00
GLOBAL	47.01

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b2802.2 b7101.3 b789.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s6102.479 s7701.370

3. Codigos Actividades y Participación

d4154.4 d4501.4 d879.2

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	21075259
NOMBRES	NOHORA ELSY
APELLIDOS	MICAN
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	06/04/2017	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/19/2024 15:45:43	**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 Afiliación 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 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

| | | |

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)	Yohora Mican	Firma	Yohora E/s/ Mican	Tipo y No. de ID	27095259	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)		Firma		Tipo y No. de ID		
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	Natalia S.m	Tipo y No. de ID CC	1022343944	
Nombre del Gestor Com.		Firma		Tipo y No. de ID		

4. DECISIÓN DEL COMITÉ TÉCNICO DE APROBACIÓN DEL CONVENIO O CONTRATO (Este espacio debe ser diligenciado exclusivamente durante el proceso de presentación del caso en el marco del Comité Técnico de Aprobación): El Comité Técnico estudió y aprobó el otorgamiento del(los) siguiente(s) Dispositivo(s) de Asistencia Personal - Ayuda(s) Técnica(s): (Marque con una x)

Dispositivo de Asistencia Personal Solicitado	Aprobada SI	Aprobada NO	Criterios de No Aprobación
1. Colchón o doble.	X		
2. Kit AVD	X		
3.			

Observaciones: Usuaria es presentada ante el comité de aprobación donde se realiza aprobación de colchón ortopedico doble 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	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 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	Nohora						Segundo Nombre	elsy		
Primer Apellido	Mican						Segundo Apellido			
Tipo de Identificación	RC	TI	X CC	CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No. de ID	21075259	
Fecha de Visita	22	05	21							

2. CONDICIONES DEL USUARIO

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

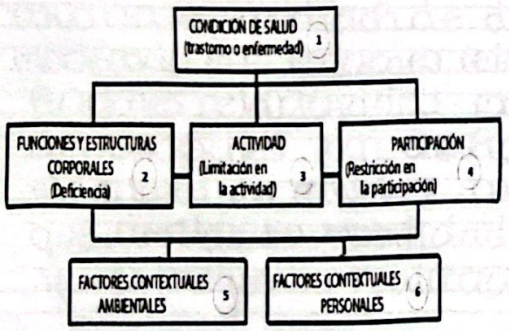
Autocuidado

Higiene	Independiente X	Semidependiente	Dependiente	
Vestido	Independiente X	Semidependiente	Dependiente	
Alimentaciòn	Independiente X	Semidependiente	Dependiente	
Otro ¿Cuál?		Independiente X	Semidependiente	Dependiente

Cuenta con el Registro Local de Caracterización de Personas con Discapacidad y Certificado de Discapacidad	SI X	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	-Diabetes -Gonartrosis bilateral -obesidad
2	b280.2 Sensación de dolor b710.3 funciones relacionadas con la mobilidad de las articulaciones b789.2 funciones relacionadas con el movimiento
3	d415.4 mantener la posición del cuerpo d450.4 Andar. s610.479 sistema urinario. s770.370 estructuras musculoesqueleticas relacionadas con el movimiento

Powered by CamScanner

4	d879.2 Vida economica. d910.2 Vida comunitaria.
5	(Incluir barreras y facilitadores) Barreras. Andar o moverse Realizar posturas forzadas o basicas
6	(Incluir barreras y facilitadores) Facilitadores Bono centro dia.

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 moderada en funciones relacionadas con el patrón de marcha funciones relacionadas con la movilidad y estabilidad de las articulaciones con deficiencia en estructuras de miembros inferiores con cambios cualitativos en estructura en ambos lados que limitan su mobilidad como agacharse, caminar en el entorno y restringen la realización de los quehaceres del hogar.

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)	Nohora Nican	Firma		Tipo y No. de ID	21093259	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	1016049076	
Nombre del Gestor Com		Firma		Tipo y No. de ID		

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador (a)	Natalia Sarmiento	Firma		Tipo y CC No. de ID 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 UPS, 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 PROTECCIÒN PERSONAL-CLASES 3 Y 9

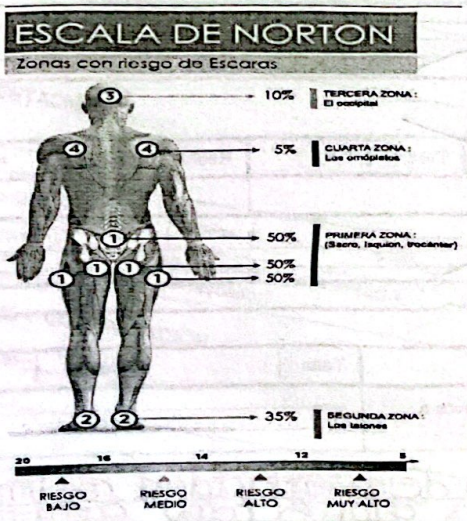
1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

Primer Nombre	Nohora						Segundo Nombre	Elsy						
Primer Apellido	Mican						Segundo Apellido							
Tipo de Identificación	RC	TI	CC X	CE	PEP	Otro	¿Cuál?		No. de ID	21075259				
Fecha de visita	22	05	24	Peso del candidato			82		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	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	
Mediano	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	Nivel de 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		
Tipo de dispositivo requerido	Cojín Antiescaras	Cojín de Posicionamiento	Rin de cóxis	Otro	¿Cuál?	Perfil del Dispositivo	Alto	Medio
Componente del dispositivo	Gel/Silicona	Espuma	Aire	Otro	¿Cuál?	Dimensiones del dispositivo (CM O PULG, especificar unidad de medida)	Alto	Profundidad
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

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	Supino	¿Cuál?	Dependiente del cuidador para las actividades de la vida diaria		SI	X NO
Tipo de dispositivo requerido	Colchón antiescaras	X	colchon ortopedico			Dimensiones del dispositivo (CM)	1.90 Largo	1.20 Ancho	15. Alto
Características de la prescripción	CAMA HOSPITALARIA		doble		CAMA SOBRE MEDIDA				
Componente del dispositivo	Espuma	Otro		¿Cuál?		Dimensiones de la cama (CM)	1.90 Largo	1.20 Ancho	15 Alto

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 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	Artrítico	¿Cuenta con prescripción médica?				SI	NO	
Tipo de calzado	Botas	Tenis	Formal	Sandalias	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 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 con limitación para realizar actividades de la vida diaria como cambios de posición y realizar quehaceres del hogar.

Nombre del Candidato(a)	Nohora Rican	Firma	Nohora Elsy Rican	Tipo y No. de ID	21075259	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	1016038076	

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador (a)	Natalia Sanabria	Firma	Natalia S.M	Tipo y No. CC de ID	1022343944
	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	Nohora					Segundo Nombre	elsy				
Primer Apellido	mirar					Segundo Apellido					
Tipo de Identificación	RC	TI	X CC	CE	PEP	Otro	¿Cual?	No. de ID	21075259		
Fecha de Visita	DD 22	MM 05	AA 29	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 ___ 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	SI	NO	Limitación rangos de movimiento MMSS	X	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	Pinza alcanza objetos, desvestidor de calzado, colocador de medias	3
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 dificultad para realizar movimientos como flexión de cadera, extensión de tronco y rotaciones que limitan su capacidad para levantar y mover objetos, dificultando sus actividades de la vida diaria, razón por la cual se realiza solicitud de PIT de aud y facilitar sus actividades diarias.

Nombre del Candidato(a)	Nohora Nican	Firma	Nohora Elsy Nican	Tipo y No. de ID	21073259	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)		Firma		Tipo y No. de ID		
Nombre del Terapeuta	Alejandra Vargas	Firma	[redacted]	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	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

NOHORA ELSY MICAN

USUARIA DE 63 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICOS MÉDICOS DE GONARTROSIS BILATERAL, DIABETES Y OBESIDAD, PRESENTA DEFICIENCIA EN FUNCIONES RELACIONADAS CON EL PATRÓN DE LA MARCHA, MOVILIDAD Y ESTABILIDAD DE LAS ARTICULACIONES, DEFICIENCIA EN ESTRUCTURAS DE MIEMBROS INFERIORES, CAMBIOS CUALITATIVOS EN ESTRUCTURAS DE AMBOS LADOS QUE LIMITAN SU MOVILIDAD RESTRINGIENDO LA REALIZACIÓN DE LOS QUEHACERES DEL HOGAR.

REQUIERE COLCHON ORTOPEDICO DOBLE PERMITIENDO UNA POSICIÓN ÓPTIMA DE LAS ARTICULACIONES EVITANDO POSTURAS ANTÁLGICAS QUE AUMENTEN LA SINTOMATOLOGÍA DOLOROSA Y KIT AVD (PINZA ALCANZA OBEJTOS, DESVESTIDOR DE CALZADO Y COLOCADOR DE MEDIAS FACILITANDO LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA



Powered by CamScanner