REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.069.231.167**

SUSA CHAVARRO

APELLIDOS

ERICK ANDRES

NOMBRES

Erick S

FIRMA

Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **03-ABR-2014**

CABRERA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

03-ABR-2032 **A+** **M**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

08-JUL-2021 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO



R-1502150-01258442-M-1069231167-20210930 0075707612G 1 8502360552

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.073.130.807
CHAVARRO RUNZA
APELLIDOS
SANDRA MILENA
NOMBRES

SANDRA MILENA CHAVARRO RUNZA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 26-AGO-1990
CABRERA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
12-SEP-2008 GRANADA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1513200-00185781-F-1073130807-20090801 0014344641A 1 23656624

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.069.230.738
SUSA CIFUENTES
APELLIDOS
CAMILO ANDRES
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 22-OCT-1991
CABRERA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
06-NOV-2009 CABRERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

R-1502900-00281920-M-1069230738-20110223 0025890272A 1 34255574

Powered by CamScanner

enel | Bogotá

PARA PAGO Y CONSULTAS TU NÚMERO DE CLIENTE ES

7165564-6

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 900053.670-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

Factura de servicios públicos
No. 144067535-7

CLIENTE

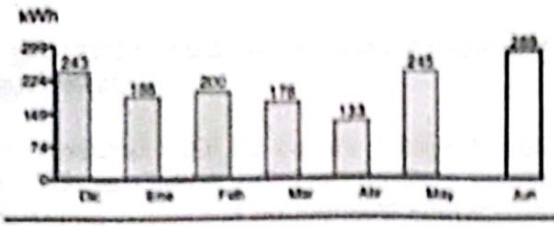
CAMILO ANDRES SUSA ANDRES SUSA
MP BOGOTA DC LOCALIDAD 20 SUMAPAZ VDA LA UNION EXTERNO EXTERNO
BOGOTA, D.C. LA UNION

1 de 1

FECHA DE EXPEDICIÓN: 15 JUN/2024

TOTAL A PAGAR	DÍAS FACTURADOS	PAGO OPORTUNO	FECHA SUSPENSIÓN
$191.310	31	02 JUL /2024	04 JUL/2024

EVOLUCIÓN CONSUMO

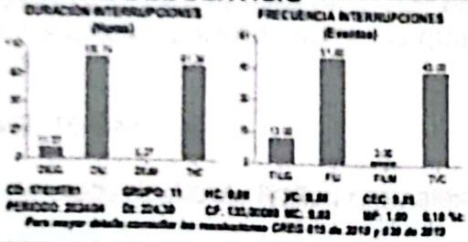


PERÍODO FACTURADO: 16 MAY/2024 A 15 JUN/2024
PRÓXIMA LECTURA: 15 JUL /2024
TIPO DE LECTURA: Real
ANOMALÍA: Normal
CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 198
CONSUMO PERIODO: 289 kWh

INFORMACIÓN DEL CONSUMO

MEDIDOR	TIPO MEDIDA	LEC. ACTUAL	LEC. ANTERIOR	FACTOR	ENERGÍA CONS.	ENERGÍA FAC.
18241627	EAFP	9.242	8.953	1	289	289
18241627	ERFP	1.510	1.510	1	0	0

CALIDAD DEL SERVICIO



Información De Interés

INFORMACIÓN TÉCNICA

RUTA LECTURA:	45305170011
RUTA REPARTO:	40005305170435
TIPO LIQUIDACIÓN:	Mensual
SERVICIO - ESTRATO:	Residencial - 1
CIRCUITO-TRAFO:	LU12D-17639TR1
NIVEL DE TENSIÓN: 1	CARGA (KW): 3,00

INFORMACIÓN TARIFARIA

G: $364,78 T: $47,96 D: $257,12 CV: $106,68
PR: $72,30 R: $36,81 CF: 0,00 CU: $905,66

TARIFA MES MAY/2024
Valor kWh aplicado: $905,6576
El porcentaje de subsidio para el consumo de Subsistencia (0 - 130 kWh/mes) es de -59,86%

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	SUBTOTAL
CONSUMO DE ENERGÍA	
Valor kWh $905,6576 X 289,00(Consumo en kWh)	$261.735
RESIDENCIAL SUBSIDIO	$-70.481
SUB TOTAL VALOR CONSUMO	**$191.254**
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $6.169 DIARIOS	
Ajustes a la decena	$3
IM Residencial	$53
SUB TOTAL VALOR OTROS	**$56**
SUB TOTAL CONCEPTOS ENERGÍA	**$191.310**
SUB TOTAL PORTAFOLIO	**$0**
SUB TOTAL ASEO	**$0**

Powered by CamScanner

idime

03/630171/1

Fecha Ingreso: 29/01/2022 01:42:15 p. m.
Fecha Resultado: 31/01/2022 10:03:00 a. m.
Paciente: ERICK ANDRES SUSA CHAVARRO
Examen: TAC OIDO. PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO
Empresa: UT COMPENSAR EPS- FEBRERO
Dosis total CTDVol(mGy): Neuro: 28.8 mGy.

Sede: BOG SUR
Estudio: 82857253 630171
Documento: 1069231167
Edad: 7 a 9 m 26 d

Se practicaron cortes axiales y coronales continuos de alta resolución sobre ambos oídos observando:

Oído derecho: CAE de calibre y trayecto normales. Adecuados densidad y desarrollo de las celdillas mastoideas. Oído medio bien aireado. Cadena osicular de configuración y localización habituales. La membrana timpánica no muestra alteraciones. Escutum íntegro. La cóclea, el vestíbulo y los canales semicirculares tienen aspecto normal. CAI no ensanchado con septum identificable.

Oído izquierdo: CAE de calibre y trayecto normales. Adecuados densidad y desarrollo de las celdillas mastoideas. Oído medio bien aireado. Cadena osicular de configuración y localización habituales. La membrana timpánica no muestra alteraciones. Escutum íntegro. La cóclea, el vestíbulo y los canales semicirculares tienen aspecto normal. CAI no ensanchado con septum identificable.

Las estructuras de la fosa posterior tienen morfología y densidad conservadas. No se observan lesiones focales parenquimatosas que sugieran la presencia de proceso vascular, inflamatorio o tumoral.

CONCLUSIÓN:

TAC de oídos dentro de límites normales.

NOTA: El estudio se practicó de conformidad con las normas establecidas por el Ministerio de salud y la OMS con la debida utilización de elementos de protección personal y protocolo de bioseguridad pertinente para la pandemia.

RICARDO ALFONSO PINTO SAAVEDRA
M.D. RADIOLOGO
R.M. 79156213
C.C. 79156213
Transcrito por RODUARZ

Powered by CamScanner

mediglobal	SOLICITUD DE SERVICIOS TERAPÉUTICOS	CÓDIGO: GCL-FR-53-02 FECHA APROBACIÓN: 12/06/2020 ELABORADO: LÍDER FONOAUDIOLOGÍA-A.P.V.R. REVISADO: ASISTENTE CALIDAD-E.H.C.C. APROBADO: COMITÉ HISTORIA CLÍNICA
	GESTIÓN CLÍNICA – ESTÁNDAR PROCESOS PRIORITARIOS	

DATOS DEL PRESTADOR				
Departamento: Cundinamarca	**Municipio:** Bogotá D.C.	**Código Habilitación:** 110012357902	**Nombre del Prestador:** Mediglobal IPS S.A.S.	**NIT:** 900448559-3
Dirección: Carrera 45 # 106 - 15 Piso 1		**Teléfono:** 5802828	**Correo Electrónico:** notificaciones@mediglobal.co	

DATOS DEL PACIENTE				
Documento Identificación: TI 1069231167	**Primer Apellido:** SUSA	**Segundo Apellido:** CHAVARRO	**Primer Nombre:** ERICK	**Segundo Nombre:** ANDRÉS
Número Historia Clínica: 1069231167	**Diagnóstico Principal:** H904, F808		**Aseguradora:** compensar	**Tipo de Usuario:** Beneficiario

SERVICIO SOLICITADO		
Sesiones terapéuticas de rehabilitación auditiva	**Fecha de Solicitud**	16/05/2022
	Cantidad	12
Observaciones	(CUPS. 937300) Terapia Fonoaudiológica para desordenes auditivos y comunicativos. Para el mes de MAYO	

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
T.P.51824683C.C.F.

Powered by CamScanner

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	TI
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	1069231167
NOMBRES	ERICK ANDRES
APELLIDOS	SUSA CHAVARRO
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	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	12/09/2015	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: | 07/31/2024 11:00:16 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220

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	Erick	Segundo Nombre	Andres
Primer Apellido	Susa	Segundo Apellido	Chavarro
Tipo de Identificación	RC / X / CC / CE / PEP / Otro / ¿Cuál?	No. de ID	1069231167 — Colombiana (Nacionalidad)
Fecha de Nacimiento	08 (DD) 04 (MM) 2014 (AA)	Edad	10 — Sexo: I / M / I/M — Género: F / X / TR / Otro / ¿Cuál?
Nombre Identitario	—	Orientación Sexual	LG / HO / BI / TR / Otro / ¿Cuál?
¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales?	1. Gestante / 2. Persona en condición de discapacidad: X / 3. Víctima del conflicto armado / 4. Población LGTBIQ+ / 5. Desplazado(a) / 6. Persona en condición de calle / 7. Migrante / Cuidador(a) de persona en condición de discapacidad: X / 8. Persona de protección especial / 9. 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. No: X		
Localidad	20 (Código) — Sumapaz (Nombre)	Barrio	la union — UPZ: —
Dirección	la union		Estrato
Descripción de la ocupación	Estudiante	Teléfonos	3125547437
Tipo de Afiliación a Salud	SR / C / PPNA / EAES / EAPB: compensar	SISBEN	A / B / C: X — Puntaje del SISBEN
Diagnóstico Médico (CIE10)	F80.9 Trastorno del habla y el lenguaje	Tipo de Discapacidad	F / X / V / S/C / X / PMT / MP
Dispositivos de Asistencia Personal - Solicitado(s)	Kit cognitivo (fichas) construcción tangram, Fit lenguaje de señas) — DAP - AT 1: — tablet — DAP - AT 2: — DAP - AT 3:		Cuenta con Cuidador(a): X / NO
Nombre de Cuidador (a)	Sandra Milena Chavarro	Parentesco	mama
Datos del cuidador	3125547437 (Teléfono) — la union (Dirección)	Vive con la persona con discapacidad	X / NO
Otro contacto	— (Teléfono) — — (Dirección)	Parentesco	—
El solicitante es	Titular del cupo / candidato: X / Beneficiario de vigencia anterior	Fecha de Solicitud	11 (DD) 07 (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.		
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, Sandra Chavarro, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1031130800 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

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)	Erick sosa	Firma	Erick Sosa	Tipo y No. de ID	TI 1066231169	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)	Sandra Chaverro	Firma	SANDRA CH	Tipo y No. de ID	CC 1073130800	
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	Natalia S.m	Tipo y No. de ID	CC 1022393944	
Nombre del Gestor Com		Firma		Tipo y No. de ID		

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. Kit cognitivo			
2. tablet			
3.			

Observaciones: _____

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

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

Fuente Bibliográfica: Formato adaptado del Lineamiento para el otorgamiento de Dispositivos de Asistencia Personal 2023, séptima 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 local/Profesional de apoyo

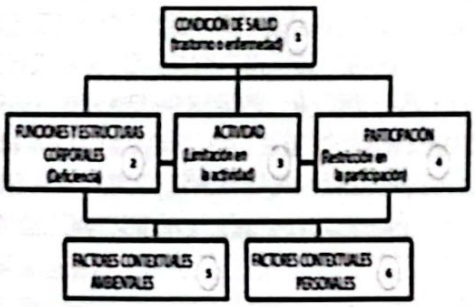
Primer Nombre	Erick						Segundo Nombre	Andres			
Primer Apellido	Suza						Segundo Apellido	Chavarro			
Tipo de Identificación	RC	X	CC	CE	PEP	Otro		No. de ID	1069231167		
Fecha de Visita	11 Día	09 Mes	24 Año								

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)	Ilimitado	Extenso X	Extenso	Generalizado	
Autocuidado					
Higiene	Independiente X	Semidependiente		Dependiente	
Vestido	Independiente X	Semidependiente		Dependiente	
Alimentación	Independiente X	Semidependiente		Dependiente	
Otro ¿Cuál?	———	~~Independiente~~	~~Semidependiente~~	~~Dependiente~~	
Cuenta con el Registro Local de Caracterización de Personas con Discapacidad y Certificado de Discapacidad		SI 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	- Hipoacusia neurosensorial severa profunda bilateral - Trastorno en el habla y el lenguaje - Usuario de audifonos
2	b122.2 funciones psicosociales globales b167.2 funciones mentales del lenguaje b230.2 funciones auditivas b235.2 Función vestibular b330.2 funciones relacionadas con la fluidez y el ritmo del habla
3	d115.2 Escuchar d310.2 comunicación y recepción de mensajes hablados d330.1 Hablar s260.2 Estructura del oido interno s398.2 Estructuras involucradas en la voz y el habla

Powered by CamScanner

4	d350.2 Conversación (mantener una conversación lurgal) d729.2 Interacciones interpersonales generales d7982 Interacciones y relaciones interpersonales d820.2 Educación escolar (programa de inclusión)
5	(incluir barreras y facilitadores) Barreras: - Relación con pares (dificultad para sostener conversación)
6	(incluir barreras y facilitadores) Facilitadores: - Estudia Colegio Gimnasio del campo San Juan de la Cruz Vereda) - Recibe apoyo socioemocional de la familia - Cuenta con audifonos

3. ANÁLISIS DE CORRELACIÓN CLINICA, SOCIAL Y DE CONDICIONES DE VIDA (justificación para la prescripción y proceso de aprobación de los Dispositivos de Asistencia Personal, solicitados para el candidato) Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo.

Usuario de 10 años con diagnosticos anteriormente mencionados, es independiente para realizar actividades de la vida diaria, se encuentra escolarizado y es usuario de audifono; se le dificulta en ocasiones relacionarse con sus compañeros ya que su habla no es fluida ni articulada impidiendo mantener una conversación extensa; se encuentra en aula de inclusión y por sus diagnosticos presenta un leve retraso escolar.

Usuario vive con los padres, cuenta con el apoyo socioemocional de la familia y asiste a terapia ocupacional y de lenguaje favoreciendo su proceso de desarrollo.

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

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)	Erick Jose	Firma	Erick Jose	Tipo y No. de ID	TI	1064231167	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)	Sandra Chaverro	Firma	Sandra Ch	Tipo y No. de ID	CC	1073130809	
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	Natalia Sm	Tipo y No. de ID	CC	1022393944	
Nombre del Gestor Com		Firma		Tipo y No. de ID			

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

Fuente Bibliográfica: Formato adaptado del Lineamiento para el otorgamiento de Dispositivos de Asistencia Personal 2023, séptima edición – Equipo GPR, 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	Código: [illegible] Revisado por Aprobado por	

FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE ASISITENCIA PERSONAL - PARA ACTIVIDADES DOMÉSTICAS, COMUNICACIÓN, INFOMACIÓN, SEÑALIZACIÓN, MANEJO DE BIENES Y PRODUCTOS- CLASES 18, 21 Y 24

1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA DISCAPACIDAD Diligenciado en el Software suministrado por IDEXT

Primer Nombre	Erick	Segundo Nombre	Daniel
Primer Apellido	Suica	Segundo Apellido	Cifuentes
Tipo de Identificación	RC TI CC CE PEP PPT		Nro de ID 1014231167
Fecha de Valle	DD 13 MM 01 AA 24	Frecuencia de uso	Ocasional Mensual Diario

2. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES

2.1 AUDICIÓN

Aplica SI X No ____

¿Presenta alguna deficiencia?	X	NO	¿Cual?			DD MM AAAA 2019
Resultado del examen auditivo referido	Hipoacusia					DD MM AAAA
¿Es usuario de audífono u otro dispositivo de amplificación del sonido?	X	NO	¿Qué tipo de dispositivo utiliza?	Auricular	Oído	¿Hace cuánto tiempo usa el dispositivo? 3 años
Es canalizado a su EAPB para audífono	X					NO
¿El uso del dispositivo ha sido funcional?	X					NO
¿Ha facilitado su proceso de comunicación?	X					NO

2.2 ALIMENTACIÓN

Aplica SI ____ No X

Tipo de alimentación		Líquido	Pastoso	Sólido	Mixto	¿Se ofrece?	SI	NO	Ayudas	¿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 SI X No ____

Contacto visual	X	NO	Responde al nombre	X	NO	Comprende el "NO"	X	NO	Comprende gestos	X	NO
Comprende órdenes sencillas	X	NO	Reconoce partes del cuerpo	X	NO	Comprende dos órdenes	SI	X	Establece diferencias	X	NO
Comprende órdenes semicomplejas	X	NO	Comprende órdenes complejas	SI	X						
Usuario de algún SCAA							SI	X	¿Cuál(es)?		

Powered by CamScanner

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

2.4. ÁREA COGNITIVA

Aplica SI X No ___

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

2.5 MOTRICIDAD

Patrón mano-boca funcional	X	NO	Limitación rangos de movimiento MMSS	SI	NO	Temblor y/o movimientos asociados MMSS	SI	NO
Fuerza muscular MMSS	X	NO	Tipo de agarre	Manos llenas	Cilíndrico	Engarre ha	Pinza pulpar	Tridigi tal
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	SI		
Kit de alimentación	SI		
Ayudas para señalización	SI		
Juguetes adaptados	X	Fichas de construcción, tangram semicompleto Kit lengua de señas	3
Mesas	SI		
Otro(s) ¿Cual(es)?	X	Tablet	1

Powered by CamScanner

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

Observaciones del Profesional: Usuario con diagnosticos enteramente mencionados, presenta dificultad para mantener una conversación, atender la voz y el habia presentado un leve retraso escolar por lo tanto se prescribe Kit cognitivo con 3 juegos adaptados y 1 tablet complementando los procesos manejados en la institución y en los terapias.

Nombre del Candidato(a)	Erick Susa	Firma	Erick Susa	Tipo y No. de ID: TI	1000231163	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)	Sandra Chavarro	Firma	Sandra Chavarro	Tipo y No. de ID: CC	1073130800	
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	Natalia Sanabria	Tipo y No. de ID: CC	1022433944	

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador (a)	Natalia Sanabria	Firma	Natalia Sanabria	Tipo y No. de ID: CC	1022433944
	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 GPS, 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

ERICK ANDRES SUSA



Powered by CamScanner