REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

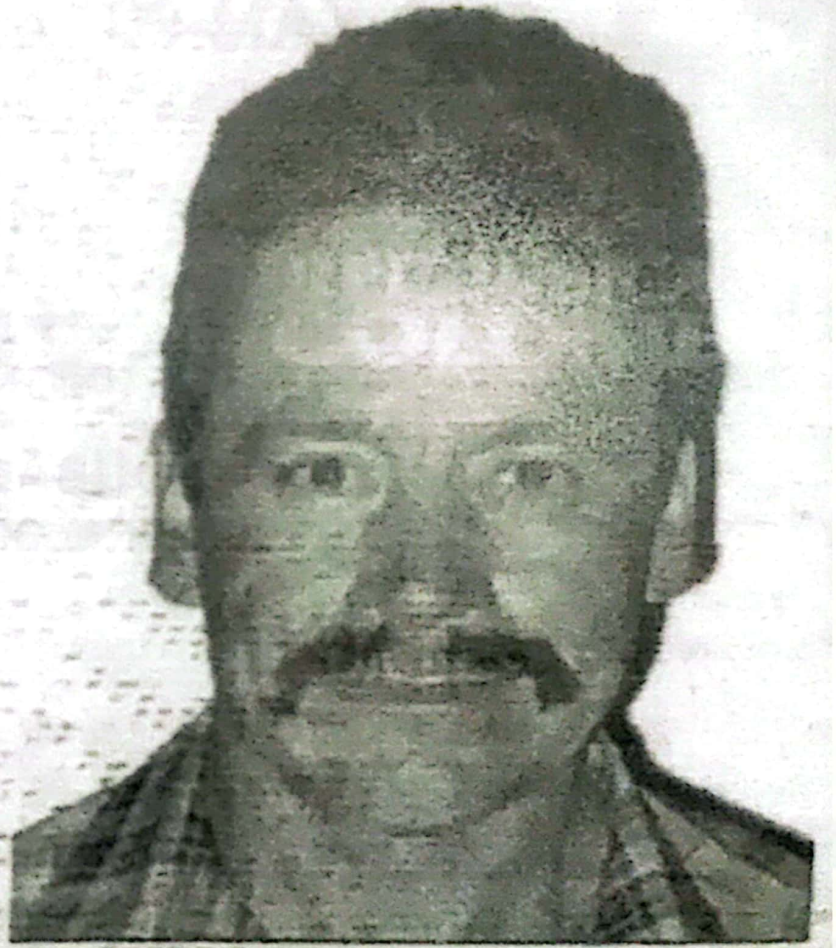
UMERO 11.383.576

GALAZAR

PELLIDOS

ALVARO

OMBRES



NO FIRMA

FIRMA

Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-MAY-1959**

CABRERA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

12-DIC-1983 FUSAGASUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00013241-M-0011383576-20080615 **0000**468981A 1 1310017145

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 20.864.016

TORRES PEÑALOZA

APELLIDOS

LUCILA

NOMBRES



Lucila Torres Peñaloza

FIRMA

Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-MAY-1969**

PASCA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

29-JUL-1988 PASCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIO
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPE

A-1500120-47144333-F-0020824016-20060321 **01749**060768 02 203511265

Powered by CamScanner

Luis Alfredo Morales				1	Residencial

DIRECCIÓN	SECTOR	NÚMERO DEL MEDIDOR	LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR
Vereda Santo Domingo	0	18196	313	312

CONSUMO REAL MENSUAL (m3)	CONSUMO ULTIMOS 6 MESES						Promedio
1.00	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	3.0	1.5

PERIODO DE CONSUMO	
DESDE	HASTA
01-may-2023	31-may-2023

DIAS DE CONSUMO: 31

CONCEPTO	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	SUBTOTAL	(-) SUBSIDIO (+) APORTE		VALOR A PAGAR ($)
Cargo Fijo	1.0	$ 7.726	$ 7.726	-70%	-$ 5.418	$ 2.318
Cargo Por Consumo	1.0					$ 328
Basico (1 A 11 m3)	1.0	$ 1.093	$ 1.093	-70%	$ 765	$ 328
Complementario (12 a 22 m3)	0.0	$ 1.093	$ 0	0%	$ 0	$ 0
Suntuario (más de 23 m3)	0.0	$ 1.093	$ 0	0%	$ 0	$ 0
Beneficio Mínimo Vital	1.0	$ 1.093	$ 1.093	30%	-$ 328	$ 328

FECHA DE PAGO	
OPORTUNO	SUSPENSIÓN
01-jul-2023	06-jul-2023

Fecha expedición factura: 1 de jun 2023

OTROS COBROS			
Cargo por conexión	$ 0	Cargo por reconexión	$ 0
Cargo por reinstalación	$ 0	Cargo por suspensión	$ 0
Cargo por corte	$ 0	Pago anticipado del servicio	$ 0
Valor de mora	$ 0	Intereses de mora	$ 0
Otros cobros	$ 0	Descuentos y devoluciones	$ 0

Resolución CRA No. 3200/1328273 del 20 de Octubre de 2015. Autoriza la facturación desde el número 1 hasta el número 5000. Actividad económica 3600

Tasa de uso	$ 1.10

Vigilado Superservicios

VALOR DEL SERVICIO DE ACUEDUCTO	$ 2.646
BENEFICIO DEL MINIMO VITAL	$ 328
BENEFICIO UBICA acueducto	$ 0
OTROS CARGOS	$ 0
TOTAL A PAGAR	$ 2.318

Esta factura de cobro presta merito ejecutivo de conformidad con el artículo 130 de la Ley 142 de 1994

FAVOR CANCELAR EL VALOR DE ESTA FACTURA EN LA TESORERIA DEL ACUEDUCTO O EN EL BANCO BBVA
CUENTA N° CUENTA AHORROS 001300830200304196- EN LAS FECHAS ESTIPULADAS.

DIRECCIÓN: VEREDA SANTO DOMINGO , TELÉFONO 3148370884

NIT. 830.138.027-3

Asoaguas Claras Sumapaz ESP
NIT 830.138.027-3

Número de la factura
8189

Factura de Servicio Público Domiciliario de Acueducto

CÓDIGO SUSCRIPTOR	NOMBRE DEL SUSCRIPTOR	ESTRATO	USO
123	Luis Alfredo Morales	1	Residencial

DIRECCIÓN	SECTOR	NÚMERO DEL MEDIDOR	LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR
Vereda Santo Domingo	0	18196	313	312

CONSUMO MENSUAL (m3)	CONSUMO ULTIMOS 6 MESES						Promedio
1	1	1	2	1	1	3	2

PERIODO DE CONSUMO	
DESDE	HASTA
01-may-2023	31-may-2023

DIAS DE CONSUMO: 31

CONCEPTO	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	SUBTOTAL	(-) SUBSIDIO (+) APORTE		VALOR A PAGAR ($)
Cargo Fijo	1	$ 7.726	$ 7.726	-70%	-$ 5.418	$ 2.318
Cargo Por Consumo	1					$ 328
Basico (1 A 11 m3)	1	$ 1.093	$ 1.093	-70%	$ 765	$ 328
Complementario (12 a 22 m3)	0	$ 1.093	$ 0	0%	$ 0	$ 0
Suntuario (más de 23 m3)	0	$ 1.093	$ 0	0%	$ 0	$ 0
Beneficio Mínimo Vital	1	$ 1.093	$ 1.093	30%	-$ 328	-$ 328

FECHA DE PAGO	
OPORTUNO	SUSPENSIÓN
01-jul-2023	06-jul-2023

Fecha expedición factura: 1 de jun 2023

OTROS COBROS			
Cargo por conexión	$ 0	Cargo por reconexión	$ 0
Cargo por reinstalación	$ 0	Cargo por suspensión	$ 0
Cargo por corte	$ 0	Pago anticipado del servicio	$ 0
Valor de mora	$ 0	Intereses de mora	$ 0
Otros cobros	$ 0	Descuentos y devoluciones	$ 0

Resolución CRA No. 3200/1328273 del 20 de Octubre de 2015. Autoriza la facturación desde el número 1 hasta el número 5000. Actividad económica 3600

Powered by CamScanner

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

NIT: 900958564

CONSULTA MEDICINA GENERAL

Centro de Atención: NS - CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SUMAPAZ **Tipo de HC:** HC073

DATOS DEL INGRESO

Ingreso: 13983447 **Fecha Ingreso:** 17/02/2024 10:27 a. m. **Ingreso Por:** Consulta_Externa **Cama:**
N° Folio: 46 **Fecha de Folio:** 17/02/2024 10:33 a. m. **Área de Servicio:** CONS MEDICINA GENERAL - USS SAN JUAN DE SUMAPAZ
Causa Externa: Enfermedad_General **Finalidad de la consulta:** No_Aplica

DATOS DEL PACIENTE

Tipo Doc: Cédula_Ciudadanía **Identificación:** 11383576 **Nombres:** ALVARO SALAZAR
F. Nacimiento: 09/05/1959 **Edad de HC:** 64 Años / 9 Meses / 10 Días **Sexo:** Masculino
Estado Civil: Soltero **Teléfono:** 3212293676 **Ocupación:** Otras Ocupaciones
Dirección: SAN JUAN **Localidad-Barrio:** SAN JUAN - SANTO DOMINGO

DATOS AFILIACIÓN

Entidad: CAPITAL SALUD EPSS S A S **Plan:** FE CAPITAL SALUD SUBSIDIADO PGP 2023
Nivel/Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 1 **Régimen:** SUBSIDIADO EVENTO

CONSULTA MEDICINA GENERAL

Acompañante: SIN ACOMPAÑANTE **Teléfono(s):** 3212293676
Ocupacinón: AGRICULTOR
Tipos de discapacidad: Intelectual/Cognitiva **ETNIA:** Mestizos **NECESIDADES DEL USUARIO:** Actividad física y/o estilos de vida saludable, Salud Mental, Salud Oral

MOTIVO DE CONSULTA

"ME DUELE LA CADERA"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE MASCULINO DE 64 AÑOS DE EDAD, QUIEN INGRESA A CONSULTA MÉDICA POR CUADRO CLÍNICO DE UN MES DE EVOLUCIÓN DE DOLOR EN REGIÓN GLÚTEA POSTERIOR DERECHA, CON EXACERBACIÓN A LA MARCHA. REFIERE QUE SE EXACERBA CON LA DEMABULACION PARA SUBIR ESCALERAS Y BAJAR. NIEGA HABER CONSUMO MEDICAMENTOS. NIEGA ANTECEDENTE DE TRAUMAS. REFIERE SENTIRSE BIEN, NIEGA PICOS FEBRILES , NIEGA TOS, NIEGA DISNEA NIEGA DOLOR TORACICO, NIEGA OTROS SINTOMAS ASOCIADOS ANTECEDENTES:-PATOLOGICOS: DEFICIT COGNITIVO LEVE, ANALFABETISMO-QUIRURGICOS: NIEGA -ALERGICOS: NIEGA -TOXICOLOGICOS: EXPOSICION A HUMO DE LEÑA

REVISION POR SISTEMAS

Órganos de los sentidos:	NIEGA	**Piel y Faneras:**	Niega alteraciones
CardioPulmonar:	NIEGA DOLOR TORACICO, NIEGA DISNEA	**Gatrointestinal:**	REFIERE DEPOSICIONES POSITVAS
Genitourinario:	Niega alteraciones	**Musculo Esqueletico:**	LO REFERIDO
Neurológico:	Niega convulsiones o movimientos anormales.		

SIGNOS VITALES

Estado de Conciencia: Alerta **Estado de Hidratación:** Sin DHT
TAS -mming: 137,0 **TAD:** 64,0 **FC/min:** 62,0 **FR/min:** 18,0 **SO2%:** 91,0 **Temperatura:** 37,0
Peso Kg: 53,5 **Talla cms:** 147 **IMC:** 24,8 **Descripción de IMC:** Peso Normal
¿Tiene dolor?: Si **Escala del dolor:** 2

EXAMEN FISÍCO

Cabeza y Cuello:	PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, NO INGURGITACION YUGULAR, NO ADENOPATIAS, COVER.UNCOVER TEST NORMAL, COVER TEST ALTERNANTE, NORMAL.
Tórax y Cardiovascular:	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS. RUIDOS RESPIRATORIOS CON MURMULLO VESICULA CONSERVADO EN BASES, NO TIRAJES INTERCOSTALES.
Abdomen:	RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, IRRITACION PERITONEAL, NO VISCEROMEGALIAS PALPABLES.
Genitales y Extremidades:	GENITALES EXTERNOS : NO EXPLORADOS EXTREMIDADES : NO EDEMA, NO DEFORMIDAD, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS, MIEMBROS INFERIO

Profesional MONTAÑEZ ROMERO CRISTHIAN FELIPE
Registro Profesional 1022363594
Especialidad MEDICINA GENERAL - PROGRAMAS

DR. CRISTHIAN MONTAÑ
MÉDICO GENERAL
C.C. 1022363594

FIRMA Y SELLO

Powered by CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
NIT: 900958564

NOTA CONSULTA EXTERNA

Centro de Atención: NS - CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SUMAPAZ **Tipo de HC:** HC211

DATOS DEL INGRESO

Ingreso: 14733353 **Fecha Ingreso:** 26/06/2024 11:22 a. m. **Ingreso Por:** Consulta_Externa **Cama:**
Nº Folio: 55 **Fecha de Folio:** 13/07/2024 11:10 a. m. **Área de Servicio:** CONS MEDICINA GENERAL - USS SAN JUAN DE SUMAPAZ
Causa Externa: Enfermedad_General **Finalidad de la consulta:** No_Aplica

DATOS DEL PACIENTE

Tipo Doc: Cédula_Ciudadanía **Identificación:** 11383576 **Nombres:** ALVARO SALAZAR
F. Nacimiento: 09/05/1959 **Edad de HC:** 65 Años / 2 Meses / 5 Días **Sexo:** Masculino
Estado Civil: Soltero **Teléfono:** 3212293676 **Ocupación:** Otras Ocupaciones
Dirección: SAN JUAN **Localidad - Barrio:** SAN JUAN - SANTO DOMINGO

DATOS AFILIACIÓN

Entidad: CAPITAL SALUD EPSS S A S **Plan:** PE CAPITAL SALUD SUBSIDIADO PGP 2023
Nivel/Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 1 **Régimen:** SUBSIDIADO EVENTO

PLAN DE MANEJO EXTERNO

*****SE ABRE FOLIO PARA SOLICITUD DE INSUMOS****
SE REALIZA VALORACIÓN EN DOMICILIO A PACIENTE MASCULINO DE 65 AÑOS DE EDAD EN PLAN DE SEGUIMIENTO TRIMESTRAL POR PROGRAMA DE CRÓNICOS EN RELACIÓN CON LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS:

. HIPERTENSION ARTERIAL CONTROLADA
. DISCAPACIDAD COGNITIVA DE BASE
. DORSALGIA CRONICA
. POLIARTROSIS GENERALIZADA

+ PACIENTE MASCULINO, ADULTO MAYOR, QUIEN PRESENTA DORSALGIA CRONICA ASOCIADO CON EXACERBACION EN DECUBITO SUPINO POR LO CUAL SE RECOMIENDA:
* COLCHON ORTOPEDICO DE USO PERMANENTE

IMPRESION DIAGNOSTICA

Código	Descripción	Dx Principal	
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	Ppal	☑
E785	HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA	Ppal	☐
M549	DORSALGIA, NO ESPECIFICADA	Ppal	☐
M159	POLIARTROSIS, NO ESPECIFICADA	Ppal	☐
F709	RETRASO MENTAL LEVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO	Ppal	☐

Profesional MONTAÑEZ ROMERO CRISTHIAN FELIPE
Registro Profesional 1022363594
Especialidad MEDICINA GENERAL CRONICOS

FIRMA Y SELLO

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 :

COLUMNA1	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACION	CC
NUMERO DE IDENTIFICACION	11383576
NOMBRES	ALVARO
APELLIDOS	SALAZAR
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	01/01/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: | 07/31/2024 10:47:47 | **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	Alvaro	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Salazar	Segundo Apellido	
Tipo de Identificación	RC / TI / X / CE / PEP / Otro / ¿Cuál?	No. de ID	11383576 — Colombiano (Nacionalidad)
Fecha de Nacimiento	04 (DD) 05 (MM) 1959 (AA) — Edad 65	Sexo	X (H) / M / I — Género: F / X / TR / Otro / ¿Cuál?
Nombre Identitario		Orientación Sexual	X / HO / BI / NS 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 (X) / 9. Persona de sustancias psicoactivas / 10. Ninguno		
¿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. Rrom o gitano/a / 7. Ninguno (X)		
Localidad	20 (Código) Sumapaz (Nombre)	Barrio	Santo Domingo — UPZ
Dirección	Santo Domingo	Estrato	
Descripción de la ocupación	Cuida finca	Teléfonos	3508271199
Tipo de Afiliación a Salud	X / C / PPNA / EXES — EAPB: Capital Salud	SISBEN	X (SI) / NO — B2 Puntaje del SISBEN
Diagnóstico Médico (CIE10)	F70 Retraso cognitivo leve M19.9 Artrosis generalizada	Tipo de Discapacidad	X / A / V / S/C / X / P/M/T / MP
Dispositivos de Asistencia Personal - Solicitado(s)	DAP - AT 1: Colchon ortopedico sencillo DAP - AT 2: Kit cognitivo (ajedrez, domino, tangram, loteria asociación) DAP - AT 3:	Cuenta con Cuidador(a)	SI / NO
Nombre de Cuidador (a)	Lucila Torres Peñaloza	Parentesco	Amiga
Datos del cuidador	3508271199 (Teléfono) — San Juan (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	10 (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.	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, ________________, identificado(a) con cédula de ciudadanía número ________, autorizo al FDL y al ejecutor del convenio o contrato, a (marque con una x, según corresponda): **a. Manejo de datos personales**_____, **b. Registro fotográfico**_____ **y c. Anexar copia de historia clínica**_____, como parte de la documentación de la persona con discapacidad, la cual represento, para el proceso de otorgamiento del(los) Dispositivo(s) de Asistencia Personal - Ayuda(s) Técnica(s) NO POS solicitadas a través del proyecto de inversión local en salud de la actual vigencia del Fondo de Desarrollo Local; información que será archivada en la carpeta correspondiente como soporte del proceso para verificación por entes de control.

Powered by CamScanner

Nombre del Candidato(a)	Alvaro Salazar	Firma	NO FIRMA	Tipo y No. de ID	CC 11383576	Huella Digital del Candidato	
Nombre del Cuidador(a)	Lucila Torres	Firma	Lucila Torres	Tipo y No. de ID	CC 20824016		
Nombre del Terapeuta	Natalia Sandoval	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. colchon antiescaras			
2. Kit cognitivo			
3.			

Observaciones: _____

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

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador (a)	Natalia Sandoval	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

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	Alvaro						Segundo Nombre	———	
Primer Apellido	Salcedo						Segundo Apellido	———	
Tipo de Identificación	RC	TI	X CC	CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No. de ID	11383576
Fecha de Visita	10 DD	07 MM	24 AA						

2. CONDICIONES DEL USUARIO

Capacidad de funcionamiento para el uso del Dispositivo de Asistencia Personal: (Calificador de la CIF equivalencia cualitativa, marque con una X)	4. Dificultad completa (Total)	3. Dificultad Grave (Mucha dificultad)	2. Dificultad Moderada (Media 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	Extenso	Generalizado	

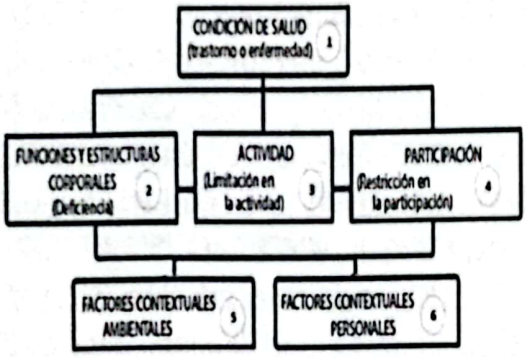
Autocuidado

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 - Retraso cognitivo leve - Hipertensión - Dorsalgia - Poliartrosis - Hiperlipidemia
2	b117.2 Funciones intelectuales b152.2 Funciones emocionales b160.2 Funciones del pensamiento b172.2 Funciones relacionadas con el calculo b789.2 Funciones relacionadas con el movimiento
3	d150.2 Aprender a calcular d155.2 Adquisición de habilidades d163.2 pensar (establecer ideas coherentes) s110.2 Estructuras del cerebro s770.2 Estructuras musculoesqueleticas s799.2 Estructuras relacionadas con el movimiento

Powered by CamScanner

4	d2203 Llevar a cabo multiples tareas d415.3 mantener la posición del cuerpo (decubito supino - lateral) d4802 montar animales como medio de transporte d798.2 Interacciones y relaciones interpersonales
5	(Incluir barreras y facilitadores) Barreras= - Dificultad para relacionarse con otros personas (hipoacusia) - Autocuidado
6	(Incluir barreras y facilitadores) Facilitadores: - Recibe bono adulto mayor - Recibe bono alimentario

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 65 años con diagnosticos medicos anteriormente mencionados el independiente para realizar actividades de la vida diaria, presenta dificultad para mantener una posición por tiempos prolongados (bipedo, decubito supino o lateral), según la escala de EVA tiene una calificación de 7/10 al momento de realizar cambios de posición refiriendo un dolor tipo quemante a nivel lumbar y en rodillas, en ocasiones se le dificulta relacionarse con otras personas por su hipoacusia sin embargo asiste a talleres en san juan donde por medio de juegos refuerzan la actividad neurocognitiva y neurosensorial.
El usuario vive solo, es autocuidado, cuida una finca y cuenta con el apoyo economico y socioemocional de unos amigos del sector

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

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)	Alvaro Villalba	Firma	No firma	Tipo y No. de ID	CC	113833576	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)	Lucila Torres	Firma	Lucila Torres	Tipo y No. de ID	CC	20824016	
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 Sm	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 DPB, SDS, 2024

Powered by CamScanner

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

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

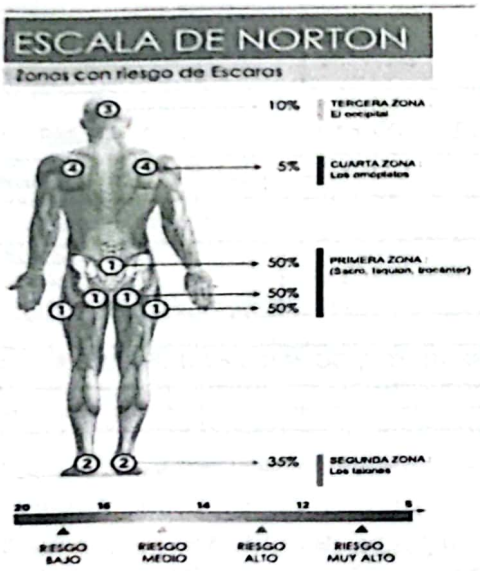
1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

Primer Nombre	Alvaro							Segundo Nombre							
Primer Apellido	Salazar							Segundo Apellido							
Tipo de Identificación	RC	TI	CC	CE	PEP	Otro	¿Cuál?					No. de ID	11383576		
Fecha de visita	10 DD	07 MM	24 AA	Peso del candidato			50 Kg					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	Neuropática	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	NO	¿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		PUNTA.
Bueno		Alerta	4	Ambulante		Total	4	Ninguna	4	12
Mediano	3	Apático		Disminuida	3	Camina con ayuda		Ocasional		6
Regular		Confuso		Muy Limitada		Sentado		Urinaria o fecal		
Muy Malo		Estuporoso comatoso		Inmóvil		Encamado		Urinaria y fecal		

TOTAL	18 Puntaje en la escala de Norton	RIESGO BAJO Nivel de Riesgo

3. PRESCRIPCIÓN DE COJINES

Número de horas diarias de permanencia en el dispositivo		Posición en la que permanece	¿Cuál?	Dependiente del cuidador para las actividades de la vida diaria			
Tipo de dispositivo requerido	Cojín Antiescaras	Cojín de Posicionamiento	Pin de Cera	Otro	¿Cuál?	Perfil del Dispositivo	Medio
Componente del dispositivo	Cuña/cuerpo	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	14 horas	Posición en la que permanece	supino/lateral ¿Cuál?	Dependiente del cuidador para las actividades de la vida diaria		SI	X
Tipo de dispositivo requerido	Colchón antiescaras: X	colchon ortopedico sencillo ¿Cuál?		Dimensiones del dispositivo (CM)	190 Largo	100 Ancho	Alto
Características de la prescripción	CAMA HOSPITALARIA			CAMA SOBRE MEDIDA			
Componente del dispositivo	Etapa: ___ otro: ___	¿Cuál?		Dimensiones de la cama (CM)	Largo	Ancho	Alto

5. PRESCRIPCIÓN DE SILLAS DE BAÑO

Tipo de dispositivo requerido						
Dimensiones del baño (cm)	Ancho ___ Largo ___	Tamaño o Tipo de Silla de Baño (segun 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	Bio-Diabético	Ortopédico	Profiláctico	¿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	Bajo	Medio	Alto	Talla		Color
Tipo	Panty-medias	Pantimedia rodillera	A medio muslo	A la cadera	Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))	

Observaciones del Profesional: Usuario con diagnostico anteriormente mencionado requiere colchon ortopedico generando que los musculos esten en posicion optima facilitando los cambios de posicion y reduciendo el dolor que presenta.

Nombre del Candidato(a)	Alvaro salazar	Firma	NO firma	Tipo y No. de ID	CC 11383576	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)	Lucila Torres	Firma	Lucila Torres	Tipo y No. de ID	CC 20824016	
Nombre del Terapeuta	Natalia sanabria	Firma	Natalia S.M	Tipo y No. de ID	CC 1022393944	

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

Powered by CamScanner

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

FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE ASISITENCIA PERSONAL - PARA ACTIVIDADES DOMÈSTICAS, COMUNICACIÒN, INFOMACIÒN, SEÑALIZACIÒN, MANEJO DE BIENES Y PRODUCTOS- CLASES 15, 21 Y 24

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

Primer Nombre	Alvaro					Segundo Nombre					
Primer Apellido	Salazar					Segundo Apellido					
Tipo de Identificación	RC	TI	X	CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No. de ID	11383576		
Fecha de Visita	DD 10	MM 07	AA 24	Frecuencia de uso			Permanente		Esporádico X		Ocasional

2. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES

2.1 AUDICIÓN

Aplica Si X **No** ____

¿Presenta alguna deficiencia?	X	NO	¿Cuál? Hipoacusia			Fecha DD	MM AAAA
Resultado del examen auditivo referido	Hipoacusia					DD	MM AAAA
¿Es usuario de audífono u otro dispositivo de amplificación del sonido?	SI	X	¿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		Líquido	~~Pastoso~~	~~Sólido~~	~~Mixto~~	¿Se atora?	~~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 X **No** ____

Contacto visual	X	NO	Responde al nombre	X	NO	Comprende el "NO"	X	NO	Comprende gestos	X	
Comprende órdenes sencillas	X	NO	Reconoce partes del cuerpo	X	NO	Comprende dos órdenes	SI	X	Establece diferencias	SI	
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	OM	Gestual	Lecto-escritura
Lectoescritura	~~Lee~~	~~Escribe~~	~~Funcional~~	En proceso

2.4. ÁREA COGNITIVA

Aplica Si X No ____

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

2.5 MOTRICIDAD

Patrón mano-boca funcional	X	NO	Limitación rangos de movimiento MMSS	SI	X	Temblor y/o movimientos asociados MMSS		SI	X	
Fuerza muscular MMSS	SI	NO	Tipo de agarre	Manos llenas	Cilíndrico	Engancha	Pinza	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	SI		
Kit de alimentación	SI		
Ayudas para señalización	SI		
Juguetes adaptados	X	Ajedrez adaptado, domino, tangram semicompuesto, lotería de asociación	
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: Usuario con diagnosticos anteriormente mencionados, requiere Kit cognitivo con pieza adaptada que complementen procesos manejados en los talleres de la ruta neurocognitiva, neurosensorial y psicomotora contribuyendo a mejorar su calidad de vida

Nombre del Candidato(a)	Alvaro salazar	Firma	NO FIRMA	Tipo y No de ID CC	1128 3326	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)	Lucia Jones	Firma	Lucia Jones	Tipo y No de ID CC	20824016	
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	Natalia S.M.	Tipo y No de ID CC	1022393944	

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	

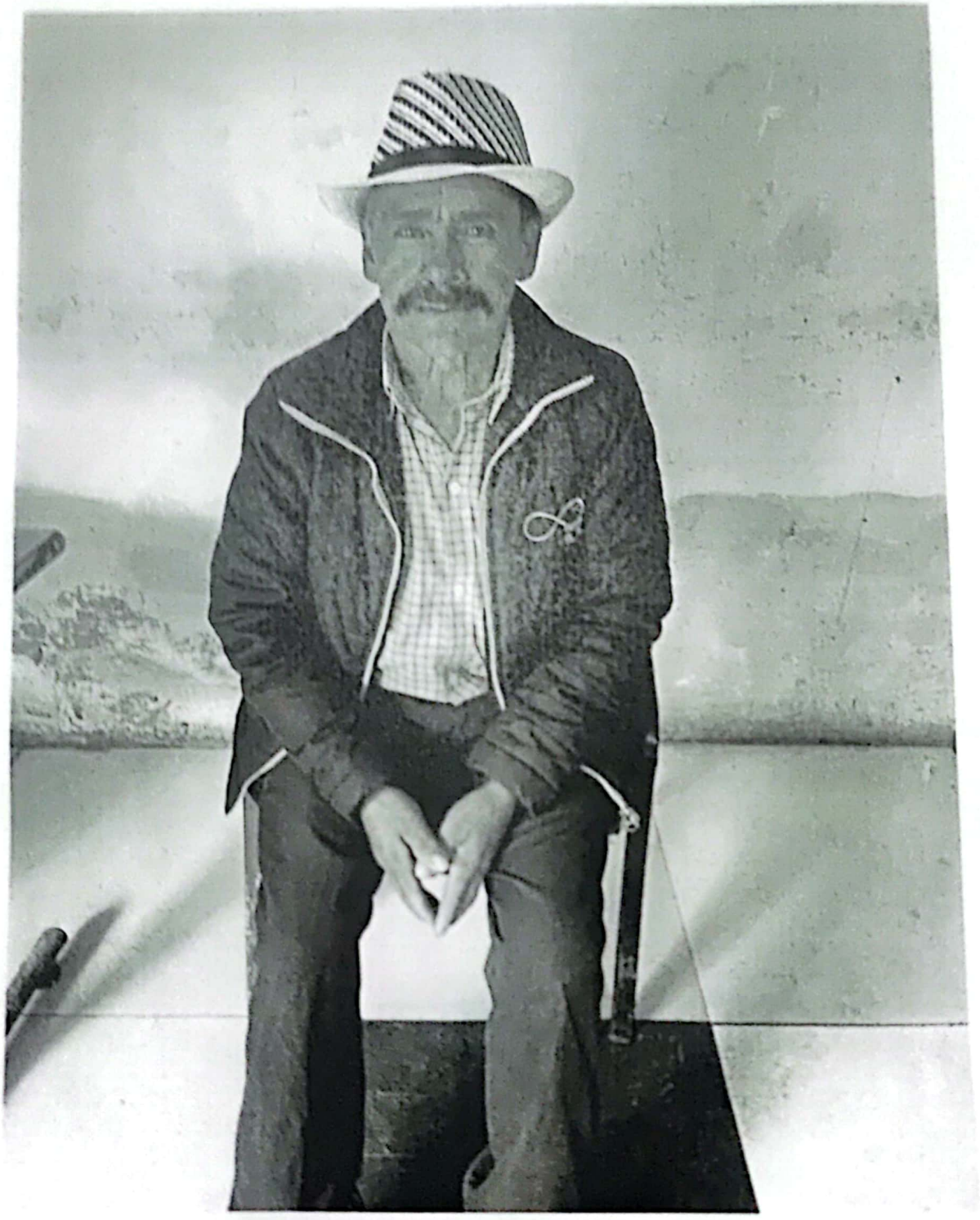
Fuente Bibliográfica: Formato adaptado del Lineamiento para el otorgamiento de Dispositivos de Asistencia Personal 2023, séptima edición – Equipo GPIL SDS, 2024

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

ALVARO SALAZAR



Powered by CamScanner