REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.032.656.287

BARBOSA CIFUENTES

APELLIDOS

ALBEIRO

NOMBRES

Albeiro Barbosa

FIRMA



Powered by CamScanner

Powered by CamSc



FECHA DE NACIMIENTO **18-DIC-1989**

CABRERA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

22-MAY-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01077791-M-1032656287-20190628 **0065647282A 1** **9908900355**

Powered by CamScanner

Powered by CamSca

enel | Bogotá

No. 135714614-0

CLIENTE
BELISARIO BARBOSA

TOTAL A PAGAR	DÍAS FACTURADOS	PAGO OPORTUNO	FECHA SUSPENSIÓN
$17.670	30	10 ABR / 2024	23 ABR / 2024

EVOLUCIÓN DEL CONSUMO



PERIODO FACTURADO
FECHA LECTURA
LECTURA
ANOMALÍA
CONSUMO PROMEDIO
ULTIMOS 6 MESES
CONSUMO PERIODO

INFORMACIÓN DEL CONSUMO

MEDIDOR No. | TIPO LECTURA | LEC. ACTUAL | ANTERIOR | FACTOR | ENERGÍA (CON) | ENERGÍA (FAC)

CALIDAD DEL SERVICIO



INFORMACIÓN DE INTERÉS

INFORMACIÓN TÉCNICA

RUTA LECTURA :			
RUTA REPARTO :			
TIPO LIQUIDACIÓN :			Mensual
SERVICIO-ESTRATO :			RESIDENCIAL - 2
CIRCUITO-TRAFO :			
NIVEL DE TENSIÓN :	1	CARGA(KW) :	3.19

INFORMACIÓN TARIFARIA

G: 375.51 T: 57.47 D: 268.05 CV: 102.18
PR: 7.62 R: 2.10 CF: 0.00 CU: 882.30
TARIFA MES: ABRIL/2024
Valor kWh aplicado: $882.2969
El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia 0-130 kwh mes es de 49.16%

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	SUBTOTAL
CONSUMO DE ENERGÍA	
Valor kWh 882,2969 X 47 (Consumo en kWh) EAFP	$41.468
RESIDENCIAL SUBSIDIO	-$20.387
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	**$21.081**
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $2.085 DIARIOS	
COMPENSAC CREG SERV.015/18	-$3.409
IM Residencial	$1
SUBTOTAL CONCEPTOS ENERGÍA	**-$3.408**
Ajuste a la decena	-$3

Powered by CamScanner

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

NIT: 900958564

CONSULTA INICIAL DE URGENCIAS

Centro de Atención: NS - CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SUMAPAZ **Tipo de HC:** HC068

DATOS DEL INGRESO

Ingreso: 12580597 **Fecha Ingreso:** 15/06/2023 1:01 p. m. **Ingreso Por:** Urgencias **Cama:**
Nº Folio: 10 **Fecha de Folio:** 15/06/2023 1:18 p. m. **Área de Servicio:** CONSULTA URGENCIAS - USS SAN JUAN DE SUMAPAZ
Causa Externa: Enfermedad_General **Finalidad de la consulta:** No_Aplica

DATOS DEL PACIENTE

Tipo Doc: Cédula_Ciudadanía **Identificación:** 1032656287 **Nombres:** ALBEIRO BARBOSA CIFUENTES
F. Nacimiento: 18/12/1989 **Edad de HC:** 33 Años / 5 Meses / 27 Días **Sexo:** Masculino
Estado Civil: Unión Libre **Teléfono:** 3208110292 **Ocupación:** Otras Ocupaciones
Dirección: VEREDA VEGAS SAN JUAN SUMAPAZ **Localidad-Barrio:** SAN JUAN - SAN JUAN

DATOS AFILIACIÓN

Entidad: SALUD TOTAL SA EPS **Plan:** SALUD TOTAL EPS CONTRIBUTIVA
Nivel/Estrato: CONTRIBUTIVO CAT A **Régimen:** CONTRIBUTIVO

INFORMACIÓN GENERAL

Ocupación: OBRERO **Estado Civil:** CASADO(A)
Grupo Étnico: OTROS **Género:** MASCULINO **Hemoclasificación:** No Sabe
Acompañante: WILLIAM RUBIANO - JEFE **Teléfono Acompañante:**

¿Paciente tiene algún tipo de discapacidad? NO **Seguimiento por Salud Pública:** No
Lesión por causa externa No
Trauma No **Tipo de Vehúculo:**
Condición: **Ubicación:** **Velocidad:**
Otro: **Proyectil:** ☐CAIDA ☐CINTURON ☐ROPA

MOTIVO DE CONSULTA

"ME DUELE LA ESPALDA Y TENGO UNA HERNIA DISCAL"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE MASCULINO DE 33 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE HERNIA DISCAL A NIVEL DE L4-L5 DIAGNOSTICADA EN NOVIEMBRE DEL 2022, SEGUIMIENTO CON ESPECIALISTA, REFIERE INFILTRACIÓN ANALGÉSICA EN ABRIL 2023. AHORA ACUDE CON CUADRO CLÍNICO DE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR LUMBAR INTENSO QUE LIMITA LA MOVILIDAD, CON EXACERBACIÓN EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS, PACIENTE QUIEN SE DESEMPEÑA COMO CONDUCTOR POR LO CUAL PASA LARGAS JORNADAS EN SEDESTACIÓN. NIEGA OTRA SINTOMATOLOGÍA ADICIONAL, REFIERE AUTOMEDICACIÓN CON MELOXICAM INYECTABLE EL DÍA MARTES 13/06/23.

REVISIÓN POR SISTEMAS

O REFERIDO

ANTECEDENTES

ATOLÓGICOS: NIEGAQUIRÚRGICOS:NIEGAFARMACOLÓGICOS: NIEGAALÉRGICOS: NIEGATÓXICOS: EXPOSICIÓN A BIOMASA (HUMO DE EÑA) BEBEDOR OCASIONALFAMILIARES: PADRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, MADRE CARDIOPATÍA

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE APOYO DIAGNOSTICO ANTERIORES A LA CONSULTA

APORTA

Identificación De Intención Reproductiva

ea Quedar en Embarazo: NO **Tiempo Estimado para Quedar en Embarazo:**
odo Anticonceptivo: NO **Tipo Metodo:**
a Duracion: **Definivo:**
a Duracion: **Justificacion:** NO APLICA

SIGNOS VITALES

ón Aterial: 119 / 87 mmHg **Media:** 97,67 mmHg **Frecuencia Cardiaca:** 65,00 L*min **Frecuencia Respiratoria:** 18,00 R*m

Dra. Gisella Narváez M.
MEDICA S.S.O.
C.C. 1085314383
U.C.C.
Gisella Narváez

ional NARVAEZ MORALES GISELLA VANESSA
ro Profesional 1085314383
lidad MEDICINA GENERAL

FIRMA Y SELLO

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

Powered by CamScanner

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

NIT: 900958564

CONSULTA INICIAL DE URGENCIAS

Centro de Atención: NS - CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SUMAPAZ **Tipo de HC:** HC068

CONSULTA INICIAL DE URGENCIAS

No Historia Clinica: 1032656287 **Nombres y Apellidos:** ALBEIRO BARBOSA CIFUENTES **Ingreso:** 12580597

Área Servicio: CONSULTA URGENCIAS - USS SAN JUAN DE SUMAPAZ

Temperatura:	36,60 °C	**Peso:**	75,90 Kg	**Talla:**	171,00 m	**IMC**	25,96	Kg/M2	
Glasgow	15,00	**RTS:**	12,00	**Escala de Dolor:**	9,00	**Saturación Oxigeno:**	96,00		
Estado General:	BUENO	**Apertura Ocular:**	Espontánea	**Respuesta Verbal:**	Orientado				
Respuesta Motora:	Obedece								

EXAMEN FÍSICO POR SISTEMAS

CABEZA:	Normal	NORMOCÉFALO
CARA:	No Registra	
OJOS:	No Registra	PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREACTIVAS, CONJUNTIVAS NORMOCRÓMICAS
CUELLO:	Normal	CUELLO SIMÉTRICO, MÓVIL, NO ADENOPATÍAS, NO MEGALIAS. NO INGURGITACIÓN YUGULAR.
O.R.L:	No Registra	MUCOSA ORAL HÚMEDA.
TORAX:	Anormal	TÓRAX SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE
CARDIO PULMONAR:	No Registra	MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS.
ABDOMEN:	No Registra	ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, INDOLORO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL O PROFUNDA, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO MASAS NI MEGALIAS.
GENITO- URINARIO:	No Registra	NO VALORADO
EXTREMIDADES:	Normal	EXTREMIDADES EUTRÓFICAS, SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS. PULSOS DISTALES CONSERVADOS.LASEGUE BILATERAL POSITIVO, LIMITACIÓN A LOS ARCOS DE MOVIMIENTO DE CADERA.
SISTEMA NERVIOSO:	Normal	ALERTA, GLASGOW 15/15 (O4,V5M6), NO DÉFICIT O MOTOR O SENSITIVO APARENTE. NO MOVIMIENTOS ANORMALES.
PIEL Y TEJIDOS BLANDOS:	No Registra	

ANÁLISIS

PACIENTE MASCULINO DE 33 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES ANOTADOS, AHORA CON EXACERBACIÓN DE SU PATOLOGÌA DE BASE, INGRESA HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, LASEGUE BILATERAL POSITIVO, SE INDICA MANEJO ANALGÉSICO Y REVALORACIÓN POSTERIOR A ESTE, SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE Y FAMILIAR QUIENES REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Código	Descripción	Principal
M511	TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA	☑
M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	☐

PLAN DE MANEJO

-DEXAMETASONA 8 MG IV DU AHORA-TRAMADOL 50 MG SC DU AHORA-REVALORACIÓN-CONTROL DE SIGNOS VITALES-INFORMAR CAMBIOS

Seguimiento por salud Publica: No **Paciente con Dx COVID19 confrimado:** No

EXÁMENES

Código	Descripción

PROCEDIIENTOS NO QUIRÚRGICOS

Código	Descripción

esional NARVAEZ MORALES GISELLA VANESSA
stro Profesional 1085314383
cialidad MEDICINA GENERAL

Dra. Gisella Narváez M.
MEDICA S.S.O.
C.C. 1085314383
U.C.C.
Gisella Narváez

FIRMA Y SELLO

Powered by CamScanner

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

NIT: 900958564

EVOLUCION DE URGENCIAS

Centro de Atención: NS - CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SUMAPAZ **Tipo de HC:** HC067

DATOS DEL INGRESO

o: 1258059? **Fecha Ingreso:** 15/06/2023 1:01 p. m. **Ingreso Por:** Urgencias **Cama:**
io: 11 **Fecha de Folio:** 15/06/2023 3:00 p. m. **Área de Servicio:** CONSULTA URGENCIAS - USS SAN JUAN DE SUMAPAZ
Externa: Enfermedad_General **Finalidad de la consulta:** No_Aplica

DATOS DEL PACIENTE

Doc: Cédula_Ciudadanía **Identificación:** 1032656287 **Nombres:** ALBEIRO BARBOSA CIFUENTES
cimiento: 18/12/1989 **Edad de HC:** 33 Años / 5 Meses / 27 Días **Sexo:** Masculino
lo Civil: UnionLibre **Teléfono:** 3208110292 **Ocupación:** Otras Ocupaciones
ción: VEREDA VEGAS SAN JUAN SUMAPAZ **Localidad-Barrio:** SAN JUAN - SAN JUAN

DATOS AFILIACIÓN

ad: SALUD TOTAL SA EPS **Plan:** SALUD TOTAL EPS CONTRIBUTIVA
/Estrato: CONTRIBUTIVO CAT A **Régimen:** CONTRIBUTIVO

DIAGNOSTICO

Código	Descripción	Dx Principal
1	TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA	Ppal ☑

INFORMACION SUBJETIVA DEL PACIENTE

de Consulta: Evolución Urgencias Adulto

ACIENTE REFIERE SENTIRSE EN MEJORES CONDICIONES GENERALES, MODULANDO DOLOR, NIEGA NUEVA SINTOMATOLOGÍA, ERA LA VÍA ORAL, DIURESIS Y DEPOSICIONES ESPONTÁNEAS.

INFORMACIÓN OBJETIVA

PACIENTE AL MOMENTO HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD PIRATORIA, MODULANDO ADECUADAMENTE EL DOLOR, ACEPTABLE ESTADO GENERAL,ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS. MOCÉFALO, CONJUNTIVAS NORMOCRÓMICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA. CUELLO SIMÉTRICO, MÓVIL, NO ADENOPATÍAS, NO ALIAS. NO INGURGITACIÓN YUGULAR. TÓRAX SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN RUIDOS REAGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, INDOLORO A LA PALPACIÓN ERFICIAL O PROFUNDA, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO MASAS NI MEGALIAS. EXTREMIDADES EUTRÓFICAS, SIN MAS, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS. PULSOS DISTALES CONSERVADOS.

SIGNOS VITALES

110 / 76 mmHg **TA. media:** 87,33 mmHg **F C:** 69 Lat/min **F R:** 18,00 resp/min **Temperatura:** 36,20 °C
: 69,00 Kg **Talla:** 170,0 mts. 0 **IMC:** 0,00 Kg/m2 **Saturación:** 92,00 **Estado General:** BUENO
.: 0 **Glasgow:** 15,00 **Paciente con DX COVID19 confirmado:** No
ene dolor?: **Escala del Dolor:**

EXÁMEN FISICO

ANÁLISIS- INTERPRETACIÓN DE APOYO DIAGNOSTICO

ANÁLISIS

ACIENTE CON ANTECEDENTES Y DIAGNÓSTICOS ANOTADOS, AL MOMENTO HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, MODULANDO DOL CUADA RESPUESTA AL TRATAMIENTO, EVOLUCIÓN HACIA LA MEJORÍA, POR LO CUAL SE DECIDE DAR EGRESO CON FÓRM ICA, INCAPACIDAD MÉDICA, SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES. SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE QUIEN REF ENDER Y ACEPTAR.

PLAN DE MANEJO

IDA
ETAMINOFÉN 1 GR VO CADA 8 HORAS
LOFENACO 50 MG VO CADA 12 HORAS
OCARBAMOL 1 TAB VO CADA 8 HORAS

Dra. Giselle Narváez M.
MEDICA S.S.O.
C.C. 1085314383
U.C.C.
Giselle Narváez

esional NARVAEZ MORALES GISELLA VANESSA
stro Profesional 1085314383
cialidad MEDICINA GENERAL

FIRMA Y SELLO

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

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	1020556287
NOMBRES	ALBEIRO
APELLIDOS	BARBOSA CIFUENTES
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	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	31/05/2010	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 07/31/2024 11:15:56 | **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

| | | |

Nombre del Candidato(a)	Alberto Barbosa	Firma		Tipo y No. de ID	CC	1032656281	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		Criterios de No Aprobación
	SI	NO	
1. Colchón ortopedico			
2. Kit AVD			
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	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

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	Barbosa	Segundo Apellido	Cifuentes
Tipo de Identificación	RC / TI / X CC / CE / PEP / PPT / Otro ¿Cuál?	No. de ID	1032636284
Fecha de Visita	10 (día) 01 (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 Absoluta (Total)	3 Dificultad Grave (Mucha dificultad)	2 Dificultad Moderada (Algo de dificultad)	1 Dificultad Ligera (Poca dificultad)	0 No hay Dificultad (Ninguna o insignificante)
Niveles de apoyo para el uso del Dispositivo de Asistencia Personal: (Calificador de la CIF equivalencia cualitativa, marque con una X)	Intensivo	Extenso	Extenso	Generalizado	

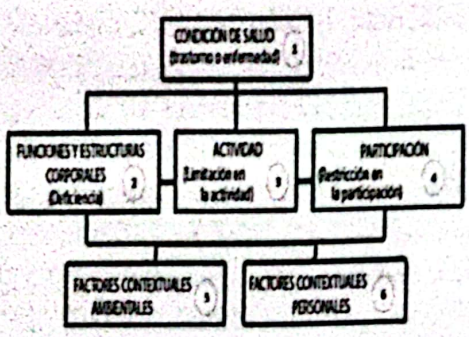
Autocuidado

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	NO 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	- Hernia discal L4-L5 - Trastorno de disco lumbar y otras radiculopatías - lumbago no especificado
2	b280.2 sensación de dolor b710.2 funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones b730.2 funciones relacionadas con la fuerza muscular b749.2 funciones neuromusculoesqueléticas
3	d220.2 llevar a cabo múltiples tareas d298.2 tareas y demandas generales
	s750.2 Estructura de la extremidad inferior s770.2 Estructuras musculoesqueléticas relacionadas con el movimiento s749.2 Estructuras relacionadas con el movimiento

Powered by CamScanner

4	d410.2 cambiar las posturas corporales básicas (sedente a bipedo) d415.2 mantener la posición del cuerpo (acostado) d430.2 levantar y llevar objetos d465.2 Desplazarse utilizando equipamiento d859.2 Trabajo y empleo (agrava el diagnostico)
5	(incluir barreras y facilitadores) Barreras: - El trabajo aumenta la sintomatologia dolorosa y agrava diagnostico ya que trabaja con maquinaria pesada - movilidad generalizada
6	(incluir barreras y facilitadores) Facilitadores: - Recibe apoyo socioemocional de esposa - Recibe terapia fisica

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 34 años con diagnosticos anteriormente mencionados, vive con la esposa, es independiente para realizar actividades de la vida diaria, es transportador por lo tanto maneja maquina pesada y mantiene la posicion sedente por tiempos prolongados lo que cuyo su diagnostico y agrava la sintomatologia, se le dificulta agacharse a recoger objetos, estar acostado por tiempos prolongados, cambiar las posturas corporales basicas, segun la escala de EVA presenta un dolor 8/10 a nivel dorsolumbar y en cadera

Usuario que por su trabajo puede cubrir economicamente las necesidades basicas y actualmente cuenta con terapia fisica para reducir dolor.

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)	Alberto Barbosa	Firma		Tipo y No. de ID	CC	1032656283	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)		Firma		Tipo y No. de ID			
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 GPS, 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

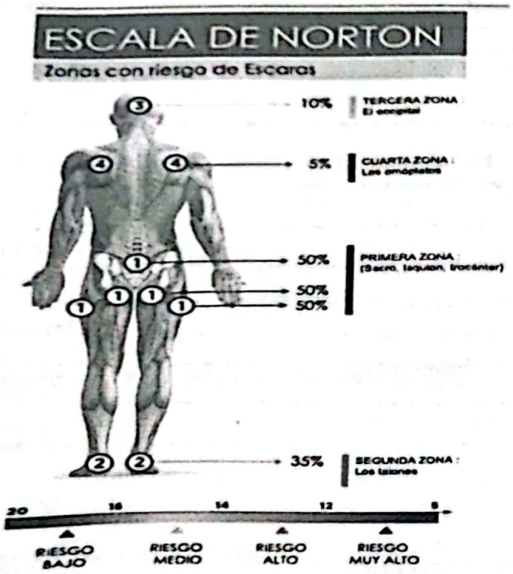
1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

Primer Nombre	Alberto						Segundo Nombre						
Primer Apellido	Barbosa						Segundo Apellido	Cifuentes					
Tipo de Identificación	RC	TI	CC	CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No. de ID	1032636289				
Fecha de visita	DD 10	MM 07	AA 24	Peso del candidato		72 Kg	Presenta úlcera o escara		SI		NO	X	

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

Presenta úlcera o escara	SI		NO	X	Origen	Por presión	Vascular	Arterial	Mixta	Diabética	Neuropática	Otro	¿Cuál?		
Localización	a.												Grado	a.	
	b.													b.	
	c.													c.	
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		PUNTAJE
Bueno	4	Alerta	4	Ambulante	4	Total	4	Ninguna	4	20
Mediano		Apático		Disminuida		Camina con ayuda		Ocasional		
Regular		Confuso		Muy Limitada		Sentado		Urinaria o fecal		
Muy Malo		Estuporoso comatoso		Inmóvil		Encamado		Urinaria y fecal		

TOTAL	20 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	SI	NO	
Tipo de dispositivo requerido	Cojín Antiescaras	Cojín de Posicionamiento	Bota de codos	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	
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			Posición en la que permanece			Dependiente del cuidador para las actividades de la vida diaria	SI	X	
Tipo de dispositivo requerido	Colchón antiescaras	X	colchón ortopedico doble (¿Cuál?)			Dimensiones del dispositivo (cm)	190 Largo	140 Ancho	20 Alto
Características de la prescripción	CAMA HOSPITALARIA			CAMA SOBRE MEDIDA					
Componente del dispositivo	Espuma	Caucho	(¿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 (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	Ajustable	¿Cuenta con prescripción médica?				SI	NO	
Tipo de calzado	Botas	Botas	Pantufla	Sandalia	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 médica?					SI			NO	
Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))		Observaciones del profesional							

8. PRESCRIPCIÓN MEDIAS DE COMPRESIÓN

Nivel de compresión		Baja	Media	Alta		Talla		Color
Tipo	Peroneo	Pantimedia	Rodilla	Muslo	Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))			

Observaciones del Profesional: Usuario con diagnosticos anteriormente mencionados requiere colchon ortopedico generando una buena biomecanica ayuda reduciendo el dolor que presenta a nivel de espalda y cadera.

Nombre del Candidato(a)	Alberto Barbosa	Firma		Tipo y No. de ID	CC 1032656287	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	

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	

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 GENERALES

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

Primer Nombre	Alberto						Segundo Nombre		
Primer Apellido	Barbosa						Segundo Apellido	Cifuentes	
Tipo de Identificación	RC	TI	X CC	CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No. de ID	1032656287
Fecha de Visita	10 DD	09 MM	24 AA						

2. DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL A PRESCRIBIR: (Marque con una X y diligencie las casillas correspondientes).

NOMBRE DEL DISPOSITIVO		DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
Grúa mecánica	SI	———	———
Cojines de posicionamiento	SI	———	———
Mesa de escotadura	SI	———	———
Dispositivos de transferencia o trasbordo (tablas, tapetes, hamacas, sábanas, escaleras y cinturones de traslado)	SI	———	———
Otros ¿Cuáles?	X	pinza alcanza objetos, colocador de medias y desvestidor de calzado	3

Observaciones del Profesional: Usuario con diagnostico anteriormente mencionado requiere dispositivos de AVD para poder realizar las actividades sin tener que realizar constantemente flexion de cadera ya que esto aumenta la sintomatologia dolorosa; con estos dispositivos contribuimos a mejorar la calidad de vida del usuario

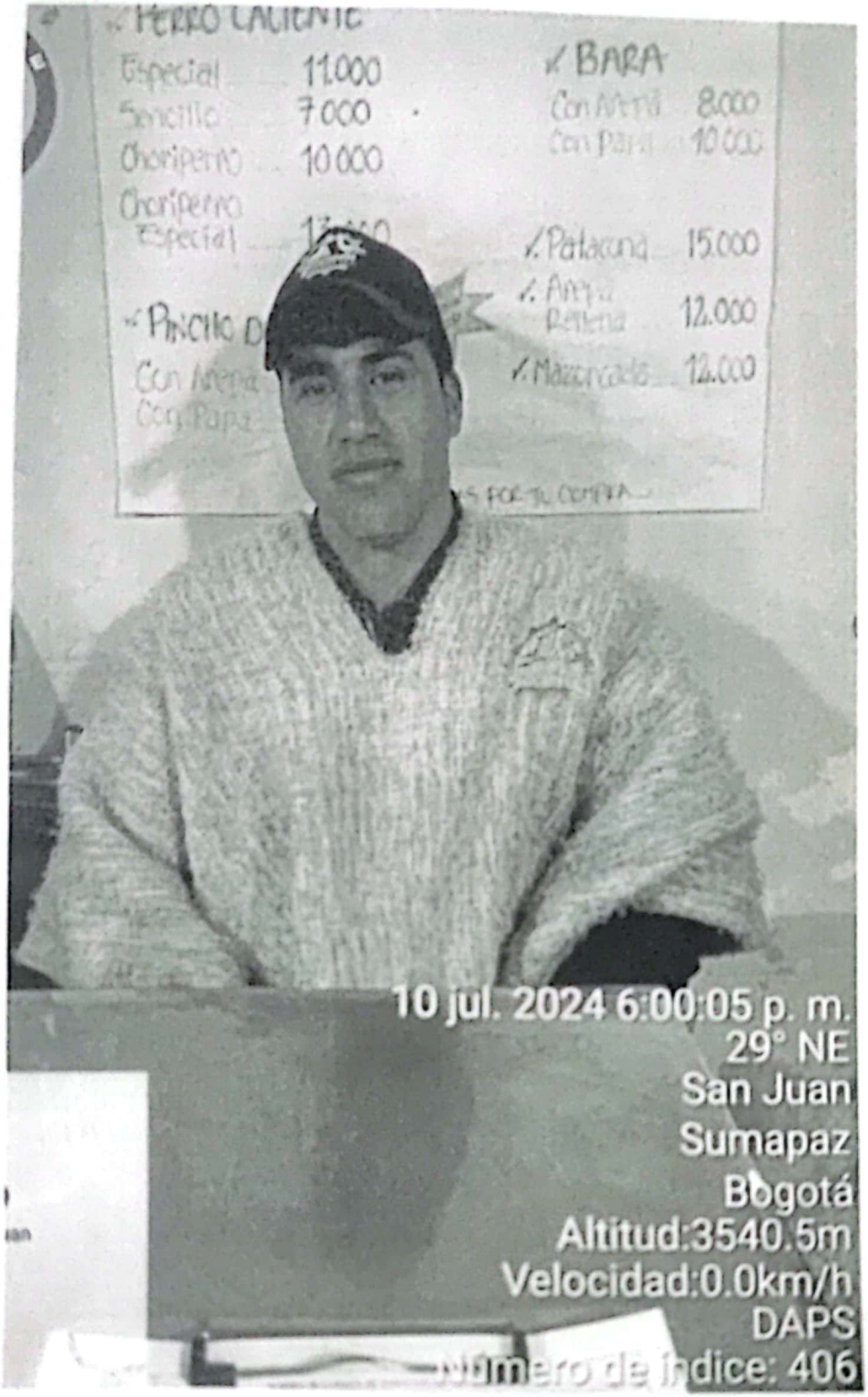
Nombre del Candidato(a)	Alberto Barbosa	Firma		Tipo y No. de ID	CC 1032656287	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)		Firma		Tipo y No. de ID		
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	Natalia S m	Tipo y No. de ID	CC 1022393944	

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

Powered by CamScanner

ALBEIRO BARBOSA CIFUENTES



Powered by CamScanner