REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

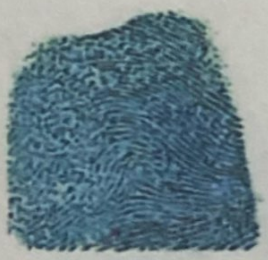
NUMERO 17.197.797

CAMPOS MORALES
APELLIDOS

JOSE OCTAVIO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-FEB-1946
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

17-JUN-1969 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

A-1500120-47149224-M-0017197797-20060707 04475 061888 02 203518394

CS Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner





Scanned with CamScanner

enel | Bogotá

1407506-1

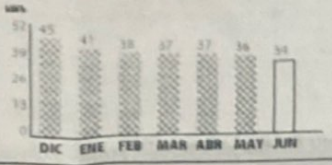
Factura de servicios públicos
No. 728178601-4

1 de 1

CLIENTE
Octavio Campos
VEREDA LOS RIOS
BOGOT . D.C. RIOS

TOTAL A PAGAR	SUBSIDIO	PAGO OPORTUNO	FECHA SUSPENSION:
$ 8.760	($16.176)	16 JUN/2023	20 JUN/2023

EVOLUCION DEL CONSUMO



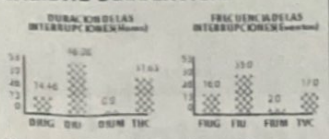
PERIODO FACTURADO:	11 MAY/2023 A 09 JUN/2023
TIPO LIQUIDACION:	Mensual
TIPO DE LECTURA:	Real
ANOMALIA:	Normal
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES:	39
PROXIMA LECTURA:	13 JUL/2023

INFORMACION DEL CONSUMO

TIPO MEDIDA	LEC. ACTUAL	LEC. ANTERIOR	DIFERENCIA	FACTOR	ENERGIA CONS.	ENERGIA FACT.
EAFP	11358	11 1	34	1	34	34

FECHA DE EXPEDICION: 10 JUN/2023 TOTAL CONSUMO: 0kWh34

CALIDAD DEL SERVICIO



INFORMACION DE INTERES

ESTIMADO CLIENTE:
La Tarifa para el Consumo de Subsistencia (0 - 130 kw/h /mes) es de $792.9529 kWh

CUOTA 33 DE 36 DE SU ULTIMO CONVENIO

G:	266.6488	T:	48.5314	D:	253.4009
CV:	72.0692	PR:	54.8185	R:	35.1611
CU:	730.6299	CF:	0		

TARIFA MES MAY/2023 VALOR kWH Prom $792.9529

INFORMACION TECNICA

RUTA LECTURA:	400053 5130011	NIVEL DE TENSION:	1
RUTA REPARTO:	400053 5132733	COD. FACTURACION:	
ESTRATO:	1	GRUPO:	513
C...O-TRAFO:	SR13 - 57134TR1	MEDIDOR No:	24702034
C... KWJ:	2	MEDIDOR No:	
SERVICIO:	Residencial		

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO:	SUBTOTAL
CONSUMO DE ENERGIA	
792.9529(Valor kWh)x34 (Consumo en kWh)	$ 26.960
RESIDENCIAL SUBSIDIO (60.0%)	($16.176)
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	**$ 10.784**
COMPENSACION CALIDAD SERVICIO CREG 015/18	($2.584)
CONSUMO DIFERIDO EMERGENCIA COVID	$559
SALDO CONSUMO DIFERIDO EMERGENCIA COVID	$987
AJUSTE A LA DECENA (DIENTE)	$1
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $ 371 DIARIOS	
SUBTOTAL VALOR OTROS	**($2.024)**
SUBTOTAL VALOR DESCUENTOS	**$ 0**
SUBTOTAL CONCEPTOS ENERGIA	**$ 8.760**

CONCEPTO:	SUBTOTAL
PORTAFOLIO DE PRODUCTOS Y BENEFICIOS	
SUBTOTAL PORTAFOLIO	**$0**

Numero de Cuenta	Factura de Servicios Publicos No
1407506-1	728178601-4

TOTAL A PAGAR:
$ 8.760

PAGO OPORTUNO:
16 JUN/2023

Scanned with CamScanner

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

Fecha de Registro: 6/08/2024 11:08:49 a. m.
Fecha Actual : martes, 06 agosto 2024

NIT: 900958564

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

INDICACIÓN MEDICA
NOTA CONSULTA EXTERNA

Nº Historia Clínica: 17197797 **Nº Folio:** 190 **Folio Asociado:** 175

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	JOSE OCTAVIO CAMPOS MORALES	**Identificacion:**	17197797 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento:	01/febrero/1946 **Edad Actual:** 78 Años / 6 Meses / 4 Días	**Estado Civil:**	Soltero
Dirección:	FC EL PESEBRE	**Teléfono:**	3146200790
Procedencia:	BOGOTA	**Ocupación:**	Otras Ocupaciones

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	CAPITAL SALUD EPSS S A S	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	MEDICAMENTOS AMBULATORIOS SUBSIDIADO CAPITAL PGP 2023	**Nivel - Estrato:**	SUBSIDIADO NIVEL 1

DATOS DEL INGRESO

Responsable:		**Teléfono Resp:**	
Dirección Resp:		**Nº Ingreso:**	14777526 **Fecha:** 04-07-2024 18:04
Finalidad Consulta:	Otra	**Causa Externa:**	Enfermedad_General

INDICACIÓN MEDICA

Tipo Indicacion: Salida_Consulta_Externa

Detalle:
PACINETE CON DISCAPACIDAD FISICA
CIE10 Z736
SE ORDENA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
MODALIDAD INTRAMURAL
COXOARTROSIS
ARTROSIS

Profesional 1033812786 - RODRIGUEZ SAMUDIO CAMILO ANDRES
Registro Profesional 1033812786
Especialidad MEDICINA GENERAL MIXTA

FIRMA Y SELLO

Scanned with CamScanner

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

NIT: 900958564

USS:

Fecha de Registro:
Fecha Actual : lunes, 19 febrero 2024

CONSTANCIA
Nº265999

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 19/febrero/2024 03:45 p. m.

Médico: 1233190983 CARLOS ANDRES JUNCA ERASO

Informacion Paciente: JOSE OCTAVIO CAMPOS MORALES **Tipo Paciente:** Subsidiado **Sexo:** Masculino

Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía **Numero:** 17197797 **Edad:** 78 Años / 0 Meses / 18 Días **F. Nacimiento:** 01/02/1946

E.P.S: EPSC34 CAPITAL SALUD EPSS S A S

Entidad:

DETALLE DE LA CONSTANCIA

CERTIFICADO MEDICO
Se deja constancia de que el señor Jose Octavio Campos Morales con cedula ciudadania 17197797 s eencuentra en seguimiento en el programa de cronicos por lo sigueinte:

Paciente femenino de 77 años de edad en plan de seguimiento trimestral por programa de crónicos en relación con los siguientes diagnósticos:

. Hipertensión arterial
. Hiperplasia prostática - retención urinaria
- usuario de sonda vesical permanente.
. Nódulo tiroidea no candidato a manejo quirúrgico.
. Lesión renal aguda crónica (tfg ckd - epi 73,6 ml/min/1,73 m)
. Enfermedad por reflujo gastroesofágico por clínica.
. Gastritis por clínica.
. Sobrepeso (imc 28.1)
.Lesion nodular en cuello (quemodectoma) sin seguimiento

PAciente en el momento con adherencia a tratamiento medico, sin identificacion de enfermeda infectocontagiosa, sin hallazgos positivos al examne fisico se expide certifciado a solicitud de alcalrdia por motivo de viaje.

Carlos A. Junca Eraso
Medicina General
R.M. 21-2023
Universidad de Nariño

Profesional: 1233190983 - JUNCA ERASO CARLOS ANDRES

Registro Profesional: 1233190983

Especialidad: MEDICINA GENERAL MIXTA

FIRMA Y SELLO

Powered by CamScanner

Scanned with CamScanner

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JOSE	OCTAVIO	CAMPOS	MORALES

1.5 Documento de identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
			X				

Número de documento de identidad: 17197797

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
2022	7	21

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	25.00
Movilidad	70.00
Cuidado Personal	56.25
Relaciones	55.00
Actividades de la Vida Diaria	62.50
Participación	53.13
GLOBAL	53.65

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b620.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s610.273

3. Codigos Actividades y Participación

d4154.4 d4501.4 d879.2

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Scanned with CamScanner

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
LORENA CAROLINA SANABRIA GOMEZ	Fisioterapia	CC-1070195060
LUZ ANGELICA CASTAÑEDA TACHA	Fonoaudiología	CC-52052652
NOHORA MILENA JEREZ GIRON	Medicina	CC-52902847

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *JOSE OCTAVIO CAMPOS MORALES* manifiesto que: *SI*

estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Nombre y Firma

Documento: CC-17197797

Autorizó el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la normatividad que lo regula. *SI*

Scanned with 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	17197797
NOMBRES	JOSE OCTAVIO
APELLIDOS	CAMPOS MORALES
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:	08/15/2024 15:26:55	**Estación de origen:**	192.168.70.220

Scanned with 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	JOSE	Segundo Nombre	octavio
Primer Apellido	campos	Segundo Apellido	morales
Tipo de Identificación	RC / TI / X / CE / PEP / Otro / ¿Cuál?	No. de ID	17197797 — colombiano
Fecha de Nacimiento	01 02 46	Edad	77
Sexo	X M / I N	Género	F X / TR / Otro / ¿Cuál?
Nombre Identitario	———	Orientación Sexual	X HO / BI / Otro / ¿Cuál?
¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales?	1. Gestante / 2. Persona con discapacidad / 3. Víctima del conflicto armado / 4.Población LGTBIQ+ / 5. Excombatiente / 6. Persona en condición de calle / 7. Inmigrantes / 8. Ninguno X / 9. Persona de iniciativas alternativas / 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.Room o gitano(a) / X Ninguno		
Localidad	20 SUMAPAZ	Barrio	Nazareth — UPZ ———
Dirección	vereda el pesebre finca los rios		Estrato —
Descripción de la ocupación	Ninguna	Teléfonos	3146877538
Tipo de Afiliación a Salud	X / C / PPNA / EXIES / EAPB: capital salud	SISBEN	X / NO / A21 Puntaje del SISBEN
Diagnóstico Médico (CIE10)	m16 coxartrosis. E736 limitación de actividades por discapacidad	Tipo de Discapacidad	X / A / V / SC / CG / PMT / MP
Dispositivos de Asistencia Personal - Solicitado(s)	colchón ortopedico doble. DAP - AT 1 / KIT AUD (PAÑER colocador, de) vestidor DAP - AT 2 / ASIENTO de ducha DAP - AT 3	Cuenta con Cuidador(a)	X / NO
Nombre de Cuidador (a)	EMILIA CAMPOS	Parentesco	Hermana
Datos del cuidador	3146877538 — finca los rios	Vive con la persona con discapacidad	X SI / 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	16 (DD) 04 (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, JOSE OCTAVIO CAMPOS, identificado(a) con CC número 17197797, autorizo al FDL y al ejecutor del convenio o contrato, a (marque con una x, según corresponda): **a. Manejo de mis datos personales** X, **b. Registro fotográfico** X **y c. Anexar copia de mi historia clínica** X, 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.

Scanned with CamScanner

Nombre del Candidato(a)	Jose octavio campos	Firma	[illegible]	Tipo y No. de ID	17197797	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)	emilia campos	Firma	[illegible]	Tipo y No. de ID	39799252	
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	[illegible]	Tipo y No. de ID	1022393977	
Nombre del Gestor Com		Firma		Tipo y No. de ID		

4. **DECISION 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			
2. RIT AUD.			
3. ASIENTO de oficina.			

Observaciones: _____

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

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador (a)	Natalia Sanabria	Firma	Natalia SM	Tipo y No. de ID	1022393992
	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

Scanned with 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	Jose						Segundo Nombre	Octavio			
Primer Apellido	Campos						Segundo Apellido	Moraler			
Tipo de Identificación	RC	TI	X	CE	PEP	Otro ¿Cuál?		No. de ID	17 197 797		
Fecha de Visita	16	04	24								

2. CONDICIONES DEL USUARIO

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

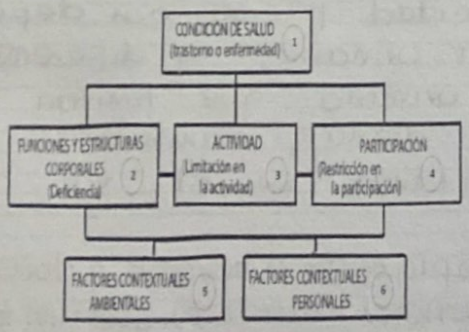
Autocuidado

Higiene	Independiente	Semidependiente X		Dependiente
Vestido	Independiente	Semidependiente X		Dependiente
Alimentación	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	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	- Hipertensión - Hiperplasia prostática - Sonda vesical. - Lesión Renal. - Artrosis - discapacidad física - Coxoartrosis - limitación en actividades.
2	b 620. 2. funciones urinarias. S610. 273 estructuras del sistema urinario. b280.2 funciones de dolor. b420.2 funciones de la presión arterial S740.273 estructuras de región pelvica. S760.273 estructuras del tronco. S730.273 estructuras de región superior S750.273 estructuras de extremidad inferior.
3	d 415. 4. mantener la posición del cuerpo d 450.4 Andar (moverse por el entorno).

Scanned with CamScanner

4	d 879. 2. Vida economica a910.2 Vida comunitaria
5 (Incluir barreras y facilitadores)	Barreras Dificultad para actividades de la vida diana por dolor.
6 (Incluir barreras y facilitadores)	Facilitadores: Apoyo de facilitadores cercanos.

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 en condición de discapacidad física con deficiencia moderada de funciones urinarias y diferencia de estructurar del sistema urinario que limitan sus actividades de la vida diario, cambiar posiciones del cuerpo y limitando su rol en actividades del campo.
Usuario con limitación para andar desplazarse o moverse y dolor generalizado en región de miembros superiores e inferiores que limitan movimientos de flexoextensión de las articulaciones impidiendo su funcionalidad e independencia.

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.

Scanned with 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)	Jose octavio campos	Firma	octavio campos	Tipo y No. de ID	17797797	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)	Emilia campos	Firma	Emilia Campos	Tipo y No. de ID	39709252	
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	Natalia SM	Tipo y No. de ID	1022393921	
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	1022393921
	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

Scanned with CamScanner

Instructivo Formato de HISTORIA DE VULNERABILIDAD

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.

DEFINICIONES "

En el contexto de la salud:

Funciones corporales son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas).

Estructuras corporales son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.

Deficiencias son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida.

Actividad es la realización de una tarea o acción por parte de un individuo.

Participación es el acto de involucrarse en una situación vital.

Limitaciones en la Actividad son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades.

Restricciones en la Participación son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

Factores Ambientales constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas.

	Parte 1: Funcionamiento y Discapacidad		Parte 2: Factores Contextuales	
Componentes	Funciones y Estructuras Corporales	Actividades y Participación	Factores Ambientales	Factores Personales
Dominios	Funciones Corporales Estructuras Corporales	Áreas vitales (tareas, acciones)	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad
Constructos	Cambios en las funciones corporales (fisiológicos) Cambios en las estructuras del cuerpo (anatómicos)	Capacidad Realización de tareas en un entorno uniforme Desempeño/ realización Realización de tareas en el entorno real	El efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal	El efecto de los atributos de la persona
Aspectos positivos	Integridad funcional y estructural	Actividades Participación	Facilitadores	no aplicable
	Funcionamiento			
Aspectos negativos	Deficiencia	Limitación en la Actividad Restricción en la Participación	Barreras/obstáculos	no aplicable
	Discapacidad			

NIVELES DE APOYO

Intermitente. Los apoyos se proporcionan cuando se necesitan. Esto significa que no siempre son necesarios, o que sólo son necesarios durante periodos cortos que coinciden con las transiciones de la vida.
Limitado. Esta intensidad de apoyo se caracteriza por su consistencia en el tiempo, por un tiempo establecido, pero no intermitente o por periodos. Puede exigir un coste inferior y menos personal que otros niveles más intensos de apoyo.
Extenso/Permanente. Se definen por la utilización continua y regular, todos los días, en diferentes o todos los entornos y sin límite de tiempo.
Generalizado. La constancia, permanencia y alta intensidad caracterizan este tipo de apoyo. Se proporciona en distintos entornos y son, potencialmente, para toda la vida. Normalmente son más intrusivos y exigen además personal de apoyo para su complemento que las otras intensidades de apoyo.

Scanned with 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

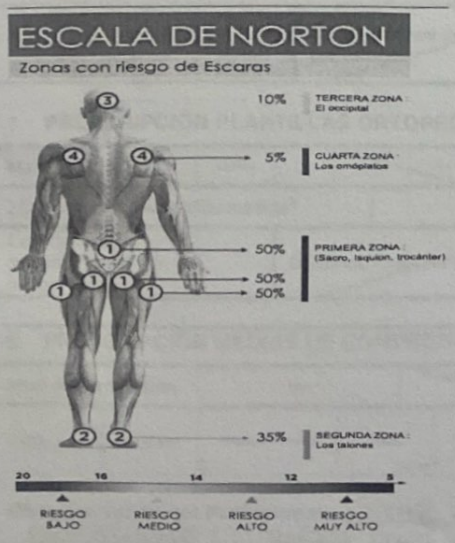
1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

Primer Nombre	JOSE							Segundo Nombre	OCTAVIO						
Primer Apellido	CAMPOS							Segundo Apellido	MORALES						
Tipo de Identificación	RC	TI	X CC	CE	PEP	Otro	¿Cuál?		No. de ID	17197797					
Fecha de visita	16	04	24	Peso del candidato		83		Presenta úlcera o escara					SI	NO	

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

Presenta úlcera o escara	SI	X NO	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	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	Alerta 4	Ambulante	Total	Ninguna 4	
Mediano 3	Apático	Disminuida 3	Camina con ayuda 3	Ocasional	
Regular	Confuso	Muy Limitada	Sentado	Urinaria o fecal	
Muy Malo	Estuporoso comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal	

TOTAL	17 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	Rin de cóxis	Otro		¿Cuál?	Perfil del Dispositivo	Alto	Medio	Bajo
Componente del dispositivo	Gel/Silicona	Espuma	Aire	Otro		¿Cuál?	Dimensiones del dispositivo (CM O PULG, especificar unidad de medida)	Alto	Profundidad	Ancho
Se prescribe cojín para silla de ruedas		SI	NO	Dimensiones del asiento de la silla de ruedas (CM O PULG) especificar unidad de medida)				Alto de espaldar	Profundidad	Ancho

Scanned with 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	sedente - supino (¿Cuál?)	Dependiente del cuidador para las actividades de la vida diaria	SI	X	NO	
Tipo de dispositivo requerido	Colchón antiescaras X	Otro	ortopedico doble (¿Cuál?)	Dimensiones del dispositivo (CM)	190 (Largo)	1.40 (Ancho)	15 (Alto)	
Características de la prescripción	CAMA HOSPITALARIA		CAMA SOBRE MEDIDA X					
Componente del dispositivo	Espuma X	Otro	¿Cuál?	Dimensiones de la cama (CM)	190 (Largo)	1.40 (Ancho)	15 (Alto)	

5. PRESCRIPCIÓN DE SILLAS DE BAÑO

Tipo de dispositivo requerido	Asiento de ducha					
Dimensiones del baño (cm)	170 (Largo)	200 (Ancho)	Tamaño o Tipo de Silla de Baño (según peso del beneficiario y dimensiones del espacio)	Asiento de ducha	Cabe la silla por la puerta del baño y/o la ducha	X SI / NO
Dimensiones de la ducha (cm)	180 (Largo)	100 (Ancho)			Zona principal donde realiza actividades de higiene	Baño
Dimensiones de la puerta del baño (cm)	80cm (Ancho)				Esta zona cuenta con espacio suficiente para el dispositivo	X SI / NO
Observaciones	usuario con finca cuenta con buen espacio.					

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 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	Pantimedia	Pantimedia Materna	Al muslo	A la rodilla	Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))		

Observaciones del Profesional: usuario en condición de discapacidad física con dolor articular generalizado, limitación para movimientos funcionales y actividades de la vida diarias tales como aseo diario.

Nombre del Candidato(a)	Jose octavio campos	Firma	Octavio campos	Tipo y No. de ID	7797797	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)	Emilia campos	Firma	Emilia Campos	Tipo y No. de ID	39799952	
Nombre del Terapeuta	Natalia sanabria	Firma	Natalia sm	Tipo y No. de ID	1022393949	

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador (a)	Natalia Sanabria	Firma	Natalia sm	Tipo y No. de ID 1022393949
	Nombre del(a) Supervisor(a) delegado(a) por el FDL		Firma		Tipo y No. de ID

Scanned with 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	Jose						Segundo Nombre	octavio		
Primer Apellido	campos						Segundo Apellido	morales		
Tipo de Identificación	RC	TI	CC X	CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No. de ID	17197797	
Fecha de Visita	15	03	25							

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, desvestidor de calzado y colocador de medias.	

Observaciones del Profesional: Usuario en condición de discapacidad con limitación para realizar movimientos como flexión y extensión de miembros inferiores que limitan actividades como agacharse, levantar objetos y vestuario

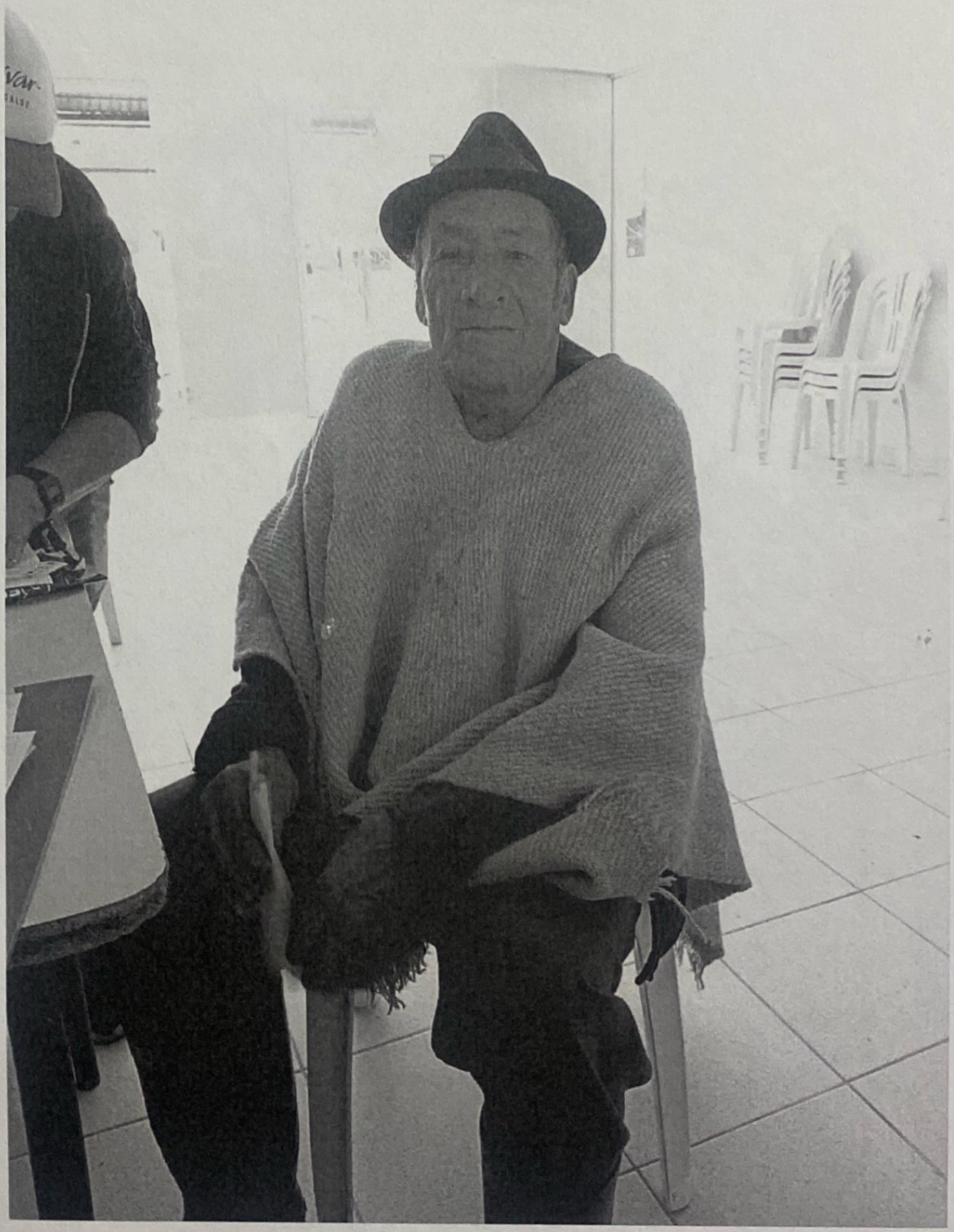
Nombre del Candidato(a)	Jose octavio campos	Firma	octavio campos	Tipo y No. de ID	17197797	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)	Emilia campos	Firma	Emilia Campos	Tipo y No. de ID	39799452	
Nombre del Terapeuta	Natalia Sambora	Firma	Natalia sm	Tipo y No. de ID	1022393941	

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador (a)	Natalia Sambora	Firma	Natalia sm	Tipo y No. de ID	1022393941
	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

Scanned with CamScanner

JOSE OCTAVIO CAMPOS MORALES



Scanned with CamScanner