

FONDO DE DESARROLLO RURAL DE SUMAPAZ – FUNDACIÓN SOCIAL VIVE COLOMBIA  
CPS- 519 VIGENCIA 2023

FORMATO DE SEGUIMIENTO A DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL – AYUDAS TÉCNICAS

1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

|                                |               |    |    |      |                                         |         |           |                 |        |    |    |    |
|--------------------------------|---------------|----|----|------|-----------------------------------------|---------|-----------|-----------------|--------|----|----|----|
| Primer Nombre                  | Valentin      |    |    |      | Segundo Nombre                          | Arnulfo |           |                 |        |    |    |    |
| Primer Apellido                | Parrera       |    |    |      | Segundo Apellido                        | Pabon   |           |                 |        |    |    |    |
| Tipo de Identificación         | RC            | TI | CE | PEP  | Otro                                    | ¿Cuál?  | No. de ID | 2909381         |        |    |    |    |
| Fecha de Nacimiento            | DD            | MM | AA | Edad | Sexo                                    | M       | Género    | F               | ¿Cuál? |    |    |    |
| Localidad                      | Código        | 20 |    |      |                                         |         |           |                 |        |    |    |    |
| Dirección                      | Arias         |    |    |      |                                         |         | Estrato   |                 |        |    |    |    |
| Teléfonos                      |               |    |    |      |                                         |         |           |                 |        |    |    |    |
| 3112136355                     |               |    |    |      |                                         |         |           |                 |        |    |    |    |
| Nombre de la Persona Cuidadora | Olga Hilarión |    |    |      | Número de Dispositivos para seguimiento | 2       |           | Fecha de Visita | DD     | MM | AA |    |
|                                |               |    |    |      |                                         |         |           |                 |        | 06 | 42 | 21 |
| DIAGNÓSTICO:                   |               |    |    |      |                                         |         |           |                 |        |    |    |    |

Nota 1: si se requiere actualice por favor los datos de ubicación del usuario y demás que se modifiquen en el momento de seguimiento y actualice base de datos.

Nota 2: el seguimiento se realizará al(los) dispositivo(s) de Asistencia Personal – Ayudas Técnicas y al beneficiario.

2. SEGUIMIENTO A LA AYUDA TÉCNICA Y A LA PERSONA: Marque una x sobre el número relacionado con la situación encontrada en el seguimiento a la persona y a la ayuda técnica y resalte con otro color la razón específica de cada caso:

|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dispositivo de Asistencia Personal – Ayuda Técnica | 2                                                                                                                                                                                                                                                                               | Silla de ducha<br>columna ortopedica doble.                       | Nombre de la ayuda técnica                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Seguimiento a la persona                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Seguimiento al Dispositivo de Asistencia Personal – Ayuda Técnica |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 0                                                  | Persona no ubicada.                                                                                                                                                                                                                                                             | 0                                                                 | El dispositivo de asistencia personal – ayuda técnica no ha sido ubicado en la residencia de la persona con discapacidad, sea porque manifiesta haberlo perdido por alguna razón o la persona no fue ubicada.                                                                                                                          |
| X                                                  | La persona usa el dispositivo de asistencia personal – ayuda técnica de acuerdo con lo esperado/necesitado. El uso de la ayuda técnica ha incrementado su independencia funcional y participación social.                                                                       | X                                                                 | El dispositivo de asistencia personal – ayuda técnica continúa sin cambios, se encuentra en buenas condiciones y cumpliendo con su objetivo funcional.                                                                                                                                                                                 |
| 2                                                  | La persona ya no requiere el dispositivo de asistencia personal – ayuda técnica otorgado, por factores como crecimiento, cambio en el compromiso de la limitación, deterioro de la ayuda técnica o fallas en la prescripción cambio definitivo en la limitación, fallecimiento. | 2                                                                 | El dispositivo de asistencia personal – ayuda técnica requiere ser prescrito de nuevo por factores como crecimiento, cambio en el compromiso de la limitación, deterioro o fallas en la prescripción.                                                                                                                                  |
| 3                                                  | La persona no usa la ayuda técnica, por factores como crecimiento, cambio en el compromiso de la limitación, deterioro de la ayuda técnica o fallas en la prescripción que hacen que la persona sienta dolor, incomodidad, estigma o rechazo social, entre otros.               | 3                                                                 | El dispositivo de asistencia personal – ayuda técnica puede ser retornado al proyecto para reasignación, por factores como crecimiento, cambio en el compromiso de la limitación, nueva prescripción, persona no ubicada, la persona ya no lo requiere o no desea seguir usando el dispositivo de asistencia personal – ayuda técnica. |
| 4                                                  | La persona usa el dispositivo de asistencia personal – ayuda técnica, pero su uso amerita un nuevo proceso de entrenamiento.                                                                                                                                                    | 4                                                                 | El dispositivo de asistencia personal – ayuda técnica debe ser dado de baja.                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 5                                                  | La persona la persona traslada su domicilio a otra localidad.                                                                                                                                                                                                                   |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

3. **ANÁLISIS TÉCNICO** (El análisis del seguimiento se debe relacionar con el impacto alcanzado en la calidad de vida del beneficiario con los dispositivos de asistencia personal – ayudas técnicas, otorgados – De igual manera en este espacio se debe reportar el resultado alcanzado de la autogestión que se realizó por parte del usuario y/o su cuidador y/o gestión adelantada por el ejecutor, en relación a la activación de rutas)

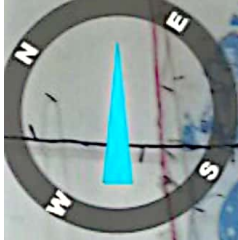
usuario en condición de discapacidad física con limitación para realizar actividades de la vida diaria por dolor y movilidad reducida se realiza el seguimiento de los dispositivos en el domicilio del usuario donde se evidencia que los dispositivos entregados cumplen con el objetivo o finalidad para los que fueron entregados fomentando la independencia del usuario a la hora de realizar las actividades de uso diario y disminución de dolor generalizado.

|                         |                   |       |              |                  |            |                              |
|-------------------------|-------------------|-------|--------------|------------------|------------|------------------------------|
| Nombre del Candidato(a) | valentin martinez | Firma | No firma     | Tipo y No. de ID | CC 2909389 | Huella Digital del Candidato |
| Nombre del Cuidador(a)  | olga hilario      | Firma | olga hilario | Tipo y No. de ID | 21045263   |                              |
| Nombre del Terapeuta    | natalia sanabria  | Firma | natalia sm   | Tipo y No. de ID | 1022393914 |                              |
| Nombre del Gestor Com.  |                   | Firma |              | Tipo y No. de ID |            |                              |



06 dic 2024 03:21:49 p. m.  
4.169626666666667N 74.170045W  
276° W  
Altitud:3055.1m  
Velocidad:0.0km/h

Valentín Arnulfo martinez seguimiento



06 dic 2024 03:20:26 p. m.  
06366666666666N 74.17003666666666W  
57° NE  
Altitud:3049.1m  
Velocidad:0.0km/h  
Valentín Arnulfo martinez seguimiento