INFORME FINAL COMPONENTE 3 DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL VIGENCIA 2023 DEL CPS 519.

En el presente informe se describe el desarrollo y los resultados obtenidos en la ejecución del proyecto de dispositivos de asistencia personal, enfocado en mejorar la calidad de vida, la autonomía y la independencia de las personas en condición de discapacidad en la localidad rural de Sumapaz. Este proyecto tuvo como propósito principal superar las barreras físicas, sensoriales, cognitivas y de comunicación que afectan a esta población, mediante herramientas y dispositivos diseñados para satisfacer sus necesidades específicas.

INTRODUCCIÓN

El programa de ayudas técnicas fue creado con el fin de desarrollar las acciones de atención integral, a través del otorgamiento de dispositivos de asistencia a personas acorde a las características y necesidades individuales de las personas con discapacidad, su familia, cuidador o cuidadora con el fin de mejorar sus hábitos en sus estilos de vida. **(ALCALDIA.2019)**

De acuerdo con lo estipulado en el anexo técnico, el fondo de desarrollo local proporcionó una base de datos denominada “lista de inscritos” en la cual se encontraba registrado un total de 77 personas con discapacidad residentes de la localidad de Sumapaz, quienes cumplían con los requisitos de priorización teniendo en cuenta principalmente los puntajes de vulnerabilidad social y autonomía de acuerdo con las entrevistas realizadas previamente por el Fondo de Desarrollo Rural de Sumapaz (FDRS), con lo cual se garantizaba los siguiente puntos:

a) Candidatos inscritos que no fueron beneficiados dentro de los 4 años anteriores al CPS que se está celebrando, de modo que sean nuevos usuarios dentro de la vigencia del Plan de Desarrollo en curso. Los casos excepcionales tales como los relacionados con factores de crecimiento en niños, cambios en el compromiso de la limitación y vida útil de los Dispositivos de Asistencia Personal – Ayudas Técnicas, así como otros casos excepcionales no mencionados que son presentados y analizados ante el comité técnico de aprobación para definir la conducta a seguir, quedando registrada la justificación técnica en el acta del comité correspondiente.

a) Cuantificar el cumplimiento de la meta plan, donde cada beneficiario es contado una única vez dentro del cuatrienio del Plan de Desarrollo en curso.

b) De los usuarios allí registrados, deberán ser los beneficiarios, quienes a su vez deben recibir durante el cuatrienio del Plan de Desarrollo en curso máximo de tres dispositivos, los cuales se pueden otorgar en una misma vigencia; en vigencias diferentes dentro del mismo cuatrienio y de acuerdo con las dinámicas y presupuesto asignado en el caso de la localidad de Sumapaz. No obstante, el Fondo

de Desarrollo Rural de Sumapaz (FDRS) junto con el contratista y con base en la necesidad específica de la persona, presenta ante el comité técnico de aprobación los casos excepcionales tales como los relacionados con factores de crecimiento en niños y niñas, cambios en el compromiso de la limitación y vida útil de los Dispositivos de Asistencia Personal, de esta forma el comité validará la necesidad del posible beneficiario, tal como se describió en otros casos previamente.

c) La base de datos recibida tiene consignado el o los Dispositivos de Asistencia Personal (DAP) que solicita el inscrito, los cuales deben corresponder a elementos no cubiertos por los Planes de Beneficios, de acuerdo con los regímenes de aseguramiento.

d) Dicha base de datos allegada cuenta con el registro de las novedades relacionadas con fallecimiento, cambio de residencia, cambio de localidad, cambio de ciudad y desistimiento de continuar en el proyecto, de acuerdo con la última fecha de actualización.

e) Se registrarán las novedades relacionadas con usuarios no ubicados, entendiéndose estos, como usuarios que no sean localizados después de cuatro (4) llamadas telefónicas realizadas en diferentes fechas a los números de contacto registrados

f) También posee información relevante, con la cual se puede constatar el cumplimiento de priorización e identificación de grupos poblacionales con enfoque diferencial registrados en el documento criterios de elegibilidad y viabilidad, se debe procurar la participación y la identificación de casos de grupos étnicos, raizales, ROM, afrodescendientes, LGBTI, habitantes de calle, recicladores y víctimas de conflicto, de todas las etapas de ciclo y cursos de vida. **L.D.D.C(2023).**

Por otro lado, se tuvo en cuenta los siguientes criterios descritos en el anexo técnico, teniendo en cuenta como posible candidato o potencial beneficiario del proyecto, “aquella persona con discapacidad que, en el ejercicio de sus derechos, solicite un Dispositivo de Asistencia Personal que le sustituya o compense las funciones y/o estructuras corporales, y/o modifique el entorno, permitiéndole la realización de actividades con mayor independencia, autonomía y participación social”.

Así mismo, se tuvo en cuenta otros criterios que se mencionan en el anexo técnico del CPS 519 – 2023, asociados también por el Lineamiento dado por la secretaria Distrital de Salud, en donde se menciona los siguientes:

a) El usuario refiere NO contar con los recursos económicos para adquirir el Dispositivo de Asistencia Personal por medio de compra, lo cual se debe verificar en la visita de vulnerabilidad utilizando y diligenciando el formato establecido para ello.

b) Presentar una discapacidad permanente, que le permita acceder a alguna(s) de las clases o tipos de Dispositivos de Asistencia Personal. La discapacidad se debe definir

de acuerdo con los criterios establecidos en la CIF – Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud.

c) El Dispositivo de Asistencia Personal solicitado no debe estar incluido en el Plan de Beneficios en Salud Vigente (Resolución 3512 de 2019), por la cual se actualizan “los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”

d) Ser habitante de la ciudad de Bogotá y residente de la localidad de Sumapaz. A su vez se sugiere tener en cuenta el tiempo de permanencia y residencia en la localidad de mínimo seis (6) meses. El soporte que se entrega para dicho punto es certificado de residencia expedido por la Alcaldía Local, que no supere un (1) mes de expedición, así como un recibo de servicio público legible reciente de agua o luz o no mayor a seis (6) meses de expedición, en otros casos, se aporta una certificación por parte de la Junta de Acción Comunal de la vereda en la que habita, expresando el tiempo y las condiciones del posible beneficiario.

Los documentos que debe ser entregados por el candidato o candidata son:

- Fotocopia del documento de Identidad.
- Fotocopia de un recibo de servicio público de agua o luz, en donde se visibiliza claramente la dirección de residencia.
- Diagnóstico médico o resumen de historia clínica reciente, no mayor a un año de expedición. En casos donde no se cuente con este documento actualizado, el Comité Técnico, revisará las condiciones de la persona para su aprobación y el facilitador del proyecto facilitará la activación de RIAS
- Certificado de residencia expedido por la Alcaldía Local de Sumapaz y/o por la Junta de Acción comunal de la vereda en que reside el beneficiario.
- Certificado de discapacidad expedido según Resolución 583 de 2018 del Ministerio de Salud con tránsito en la Circular 009/17 de la Superintendencia Nacional de Salud (opcional, no excluyente, ya que la expedición de este certificado se encuentra en proceso de implementación)
- Para prescripciones especializadas como calzados ortopédicos, para pie diabético, artrítico y plantillas, el candidato o candidata debe entregar la orden médica del ortopedista o profesional idóneo, con una fecha de expedición no mayor a un año **(ANEXO TECNICO 2023)**

El proyecto se desarrolló en varias etapas, asegurando un enfoque participativo y adaptado a las condiciones de la población objetivo

Para el desarrollo de este se dispuso de un equipo de trabajo conformado por un coordinador, un Profesional en fisioterapia y la gestora comunitaria de la localidad, los cuales fueron los encargados de realizar las siguientes actividades.

1. PROCESO DE INSCRIPCIÓN DEL ÁREA RURAL DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

Se llevó a cabo una convocatoria masiva en las cuencas dirigida a personas en condición de discapacidad. En esta, los usuarios o sus cuidadores respondieron al llamado y realizaron el proceso de inscripción, presentando la documentación requerida.

1.1 evidencia del proceso de inscripción



2. Base de datos

Manejo de base de datos otorgada por el fondo de desarrollo local y llamadas de población en condición de discapacidad priorizada o no, con previa inscripción para hacer parte del proyecto.

2.1 Evidencia de correo enviado por el FDR con los 55 usuarios priorizados



Se realiza entrega formal por correo electrónico de la base de datos otorgada por el fondo donde se encontraron los 77 usuarios priorizados por parte de este, en la base de datos se encuentra un instrumento con variables tales como:

INFORMACION BASICA

- Marca temporal
- Vereda en que reside
- Nombre del cuidador/cuidadora
- Número de cédula del cuidador/cuidadora
- Número de contacto cuidador
- Nombre del usuario del programa
- Número de contacto PCD
- Tipo de documento de identidad del usuario
- Número de documento de identidad del usuario
- Sexo
- Es parte de la comunidad LGBTIQ+
- Fecha de nacimiento
- Edad
- Es víctima del conflicto armado

COMPONENTE DE VIVIENDA

- La vivienda donde habita es:
- ¿Cuántas personas viven con la PCD?
- Número de habitaciones (para dormir) en el hogar
- La vivienda cuenta con servicio de agua
- La vivienda cuenta con servicio de luz
- La vivienda cuenta con servicio de alcantarillado
- La vivienda cuenta con servicio de Internet
- Parentesco de las personas con quienes vive

COMPONENTE DE CAPACIDAD ECONOMICA

- ¿Quién es el proveedor del hogar?
- ¿Recibe alguna ayuda económica mensual?
- Cuantas personas del hogar genera ingresos económicos
- ¿El dinero que ingresa alcanza para los gastos de la familia?

COMPONENTE EDUCATIVO

- ¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por la PCD?
- Grado de escolaridad más alto a nivel de hogar

COMPONENTE DE SALUD

- ¿está afiliado(a) (cotizante o beneficiario[a]) a alguna entidad de seguridad social en salud?
- Régimen
- EPS
- ¿Cuenta con SISBEN?
- ¿En el último mes usted o alguien de su familia requirió una consulta médica o la atención de urgencia, pero no pudo acceder a ella?
- ¿Qué situación de discapacidad presenta?
- ¿Cuenta con certificado de discapacidad?
- ¿Cuál es su diagnóstico médico?
- ¿Desde hace cuánto tiempo le dieron este diagnóstico médico?
- ¿Ha tenido tratamiento médico, terapéutico o farmacológico?
- ¿En el momento cuenta con alguna ayuda técnica?

ESCALA DE BARTHEL

- -Comer
- Trasladarse entre la silla y la cama
- Aseo personal
- Uso del retrete
- Bañarse/Ducharse

- Desplazarse
- Subir y bajar escaleras
- Vestirse y desvestirse
- Control de heces
- Control de orina

RIESGO PSCICOLOGICO

- EMOCIONAL O AFECTIVA En los últimos 6 meses ¿Has tenido pensamientos suicida?
  Menores de edad: En los últimos 6 meses ¿Has tenido pensamientos negativos o tristes?"
- En los últimos 6 meses has consumido algún tipo de sustancia psicoactiva (Alcohol, cigarrillo, marihuana, coca, o drogas sintéticas)
- ¿Presentas algún diagnostico psiquiátrico?

FAMILIAR

- ¿Le es fácil comunicarle a su familia sus logros? ¿Dificultades y experiencias?"

SOCIAL

- ¿Le es fácil relacionarse con personas diferentes a su núcleo familiar?"
- diagnostico principal
- dispositivo para solicitar

Las variables anteriormente mencionadas fueron los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta durante el proceso de priorización donde se saco el listado principal de las personas que se debían incluir en el proceso de participación del proyecto

Se procede a realizar las visitas de caracterización de vulnerabilidad y prescripción a los usuarios priorizados ,Previo a realizar la visita física, se realiza el primer acercamiento vía telefónica, en la cual con la asistencia de las gestoras comunitarias de cada cuenca, se hace una comunicación inicial verificando la información registrada en la base de datos y programando los tiempos propicios para el agendamiento de la visita, a través de este proceso de comunicación se recuerda a los beneficiarios a visitar la documentación necesaria que se debe proporcionar para continuar con el proceso del componente: Otorgamiento de Dispositivos de Asistencia Personal para Personas con Discapacidad, así como también se les solicita contar con la disponibilidad de tiempo suficiente para recibir a las profesionales en fisioterapia. Frente a este proceso, es posible decir que, en su gran mayoría, la comunicación telefónica fue exitosa y se logró concretar las visitas en cada una de las cuencas.

Una vez en el ejercicio de las visitas caracterización de vulnerabilidad y prescripción, se evidenciaron algunos percances como:

- Acceso a la historia clínica actualizada: Algunos beneficiarios no contaban con su historia clínica actualizada de acuerdo con los plazos de tiempo establecidos en el lineamiento. Así mismo, se encontró casos en que las personas con discapacidad refirieron no confiar en la medicina moderna y, por el contrario, buscaron asistencia en salud de médicos alternativos o sobanderos propios de la localidad.
- En ciertos casos ocurrió, que, pese a las recomendaciones dadas previas a la visita, los usurario visitados al momento de la visita no contaban con la documentación requerida, ante esta situación se realizó una articulación con las trabajadoras sociales de cada cuenca, así como por medio de las gestoras del quepo se buscó propender la consecución de la documentación necesaria. Respecto a historias clínicas se pudieron actualizar aquellas que pertenecían al régimen subsidiado o hubiesen sido atendidos previamente en algunos de los centros de salud presentes en el territorio, de igual forma, se realizó la articulación con los presidentes de Junta de cada una de las veredas para las que fuese necesario la solicitud del certificado de residencia.
- Usuarios con situaciones médicas que generan discapacidad transitoria, o diagnósticos de enfermedades crónicas, así como alguna patología establecida en la CIE10, sin embargo, no reconocida como discapacidad o incapacitante, motivo por el cual no se podía proceder con la prescripción, puesto que no se daba lugar a los criterios establecidos y mencionados anteriormente.
- Usuarios con más de 4 intentos de llamada telefónica no exitosos y que por diferentes razones no podían recibir la visita ni la caracterización por motivos personales, porque ya no viven en la localidad o por desistimiento del proceso.

- Personas beneficiarias, quienes por su condición de salud no se encuentran en la localidad de Sumapaz, en su gran mayoría cambiaron su domicilio de residencia a Bogotá urbana, en donde pueden acceder más fácilmente a su tratamiento médico o cirugías requeridas. Esto se pone en conocimiento de la supervisión a cardo del CPS 519-2023, quienes refieren que, al no estar en la localidad con domicilio de residencia, no se puede proseguir con el proceso de estos candidatos, no obstante, se deben remitir para que se realice la solicitud en su respectiva localidad.

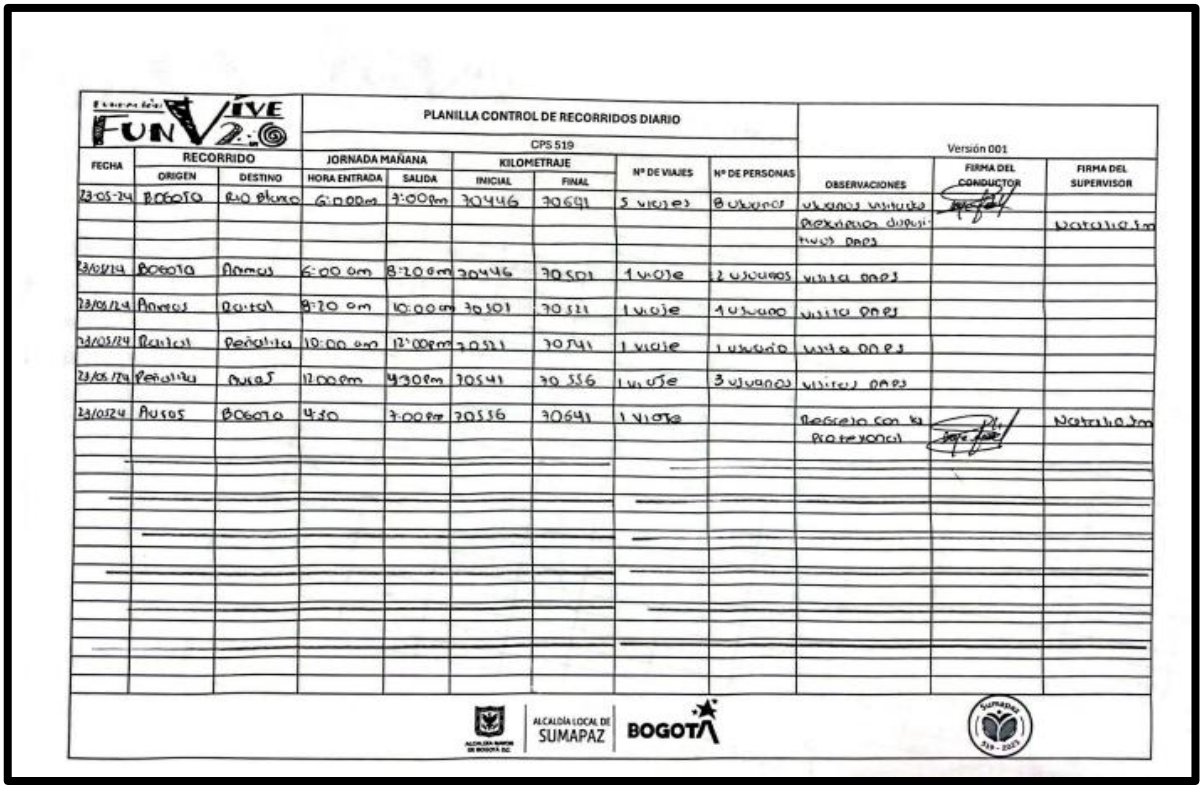
De acuerdo con lo anterior, se informó a cada uno de los usuarios las diferentes razones por las cuales no podrían ser beneficiarios para esta vigencia, explicando el lineamiento, adicional, se brindó la información de la posibilidad de volver a realizar la inscripción para la próxima vigencia, en la cual pudiesen contar con la documentación y los requisitos pertinentes.

3. CRONOGRAMA DE VISITAS PARA REUNIR LA POBLACIÓN TOTAL A BENEFICIAR TANTO DE LA BASE DE DATOS COMO REFERIDOS

Se elaboró un cronograma específico para cada cuenca, organizando las visitas diarias según la proximidad de las veredas y priorizando a los usuarios inscritos en la base de datos del programa.

En los casos en que un usuario no cumpliera con los criterios para participar, se daba oportunidad a los usuarios referidos que contaran con la documentación requerida. Previo a las visitas, se solicitaba a los usuarios o sus cuidadores que tuvieran listos los documentos necesarios, tal como se les indicaba durante las llamadas telefónicas. Además, se destacaba la importancia de que el usuario estuviera presente en el domicilio durante la visita, ya que esto era fundamental para realizar la valoración fisioterapéutica correspondiente y garantizar la continuidad del proceso.
Dado que una de las principales dificultades de las personas en condición de discapacidad es el desplazamiento, todas las visitas se llevaron a cabo en los domicilios de los pacientes, facilitando así su acceso al programa y asegurando una atención más personalizada y efectiva.

3.1 EVIDENCIA DE CRONOGRAMAS DE RECORRIDOS



PLANILLA CONTROL DE RECORRIDOS DIARIO

CPS 519

Versión 001

FECHA	RECORRIDO		JORNADA MAÑANA		KILOMETRAJE		Nº DE VIAJES	Nº DE PERSONAS	OBSERVACIONES	FIRMA DEL CONDUCTOR	FIRMA DEL SUPERVISOR
	ORIGEN	DESTINO	HORA ENTRADA	SALIDA	INICIAL	FINAL					
23-05-24	BOGOTA	RIO blanco	6:00am	7:00pm	70446	70691	5 viajes	8 usuarios	usuarios visitados		
									Recorridos diarios		Natalia Jim
									fuera casa		
23/05/24	BOGOTA	Ramos	6:00 am	8:20 am	70446	70501	1 viaje	2 usuarios	visita casa		
23/05/24	Ramos	Rastal	8:20 am	10:00 am	70501	70521	1 viaje	1 usuario	visita casa		
23/05/24	Rastal	Peñalita	10:00 am	12:00pm	70521	70541	1 viaje	1 usuario	visita casa		
23/05/24	Peñalita	Ruiaf	12:00pm	4:30pm	70541	70556	1 viaje	3 usuarios	visitas casa		
23/05/24	Ruiaf	BOGOTA	4:30	7:00pm	70556	70641	1 viaje		Regreso con la		Natalia Jim
									Patronal		

ALCALDÍA LOCAL DE SUMAPAZ

BOGOTÁ

4. VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA DE USUARIOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD Y SU CONTEXTO SOCIAL Y PERSONAL

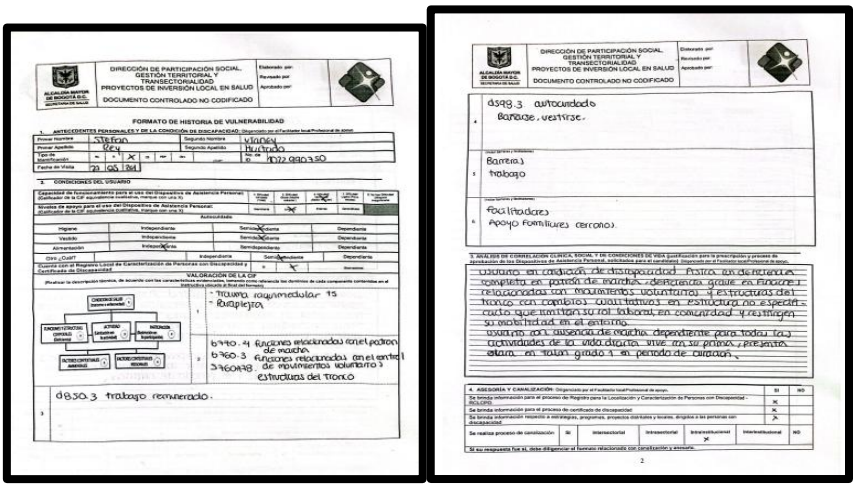
Se realizaron visitas domiciliarias a los usuarios en condición de discapacidad, durante las cuales se llevó a cabo una valoración fisioterapéutica integral. En estas visitas, se consideraron los antecedentes médicos, diagnósticos y el entorno en el que vive cada usuario.
La valoración inicial incluyó un análisis de los diferentes dominios y posibles deficiencias en los

sistemas cardiovascular-pulmonar, osteomuscular, neuromuscular y tegumentario. Esto permitió identificar el tipo de dispositivo de asistencia que mejor se ajustara a las necesidades reales del usuario, priorizando su bienestar y la mejora de su calidad de vida, más allá de las solicitudes específicas realizadas por el paciente o su cuidador

Además, se realizó una breve evaluación del contexto en el que convive el usuario, verificando si el entorno contaba con las adaptaciones necesarias para la correcta implementación del dispositivo. En caso de identificar carencias, se plantearon modificaciones o soluciones para garantizar el uso efectivo de la ayuda técnica. Con base en los hallazgos de cada valoración, se elaboraron prescripciones personalizadas e individualizadas para cada paciente, teniendo en cuenta su condición de salud y grado de vulnerabilidad. Se dio especial prioridad a los niños en condición de discapacidad que se encontraban iniciando su proceso de intervención.

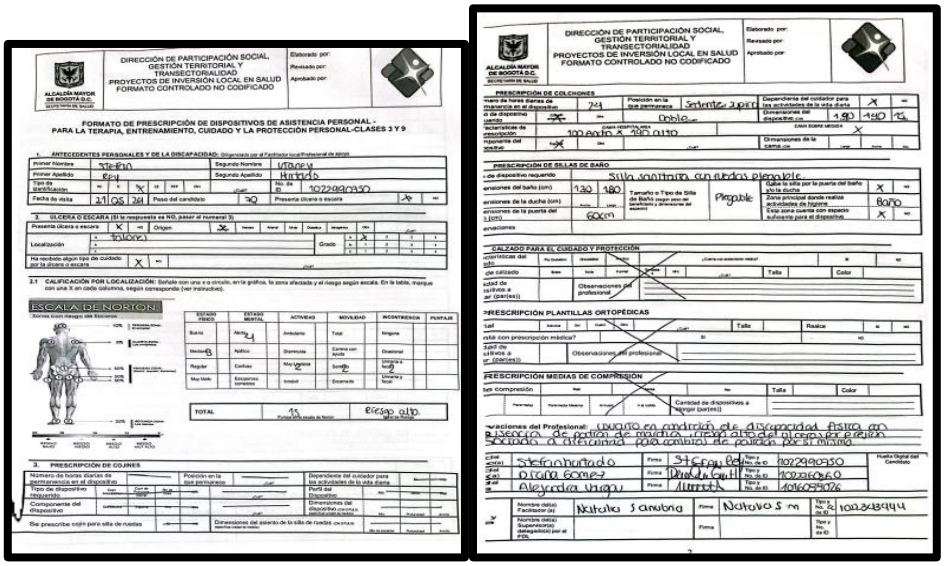
Una vez completadas las prescripciones para todos los usuarios, se convocó un comité de aprobación en el que se evaluaron las solicitudes. Este espacio permitió decidir cuáles dispositivos serían aprobados, asegurando que las decisiones estuvieran alineadas con las necesidades y prioridades identificadas durante las visitas.

4.1 EVIDENCIA FORMATO DE VULNERABILIDAD

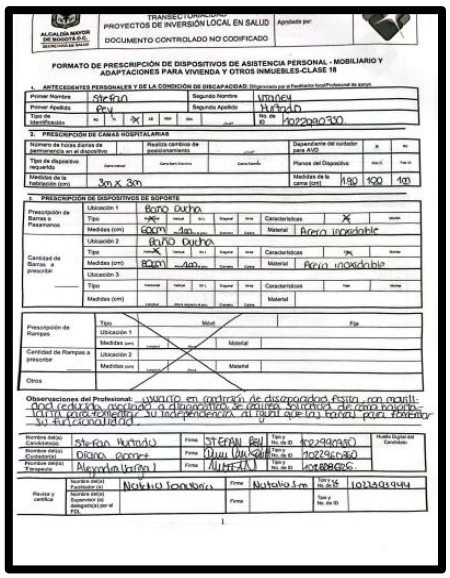


A continuación, se adjuntan los formatos de prescripción correspondientes a los diferentes dispositivos recomendados para los usuarios, según su tipo de discapacidad, deficiencias funcionales, limitaciones en actividades cotidianas y restricciones en estructuras corporales. Estas prescripciones fueron elaboradas de manera personalizada, considerando las necesidades específicas de cada usuario y las dificultades que enfrentan en su vida diaria.

4.2 FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE COLCHONES



4.3 FORMATO DE BARRAS DE SUJECIÓN Y CAMA HOSPITALARIA



TRANSECTORIALIDAD
PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD
DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO

FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL - MOBILIARIO Y ADAPTACIONES PARA VIVIENDA Y OTROS INMUEBLES-CLASE 18

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

Primer Nombre	Stefan	Segundo Nombre	Vianey
Primer Apellido	Rey	Segundo Apellido	Hurtado
Tipo de Identificación	RC TI X CE PEP Otro	No. de ID	1022980930

2. PRESCRIPCIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS

Número de horas diarias de permanencia en el dispositivo		Realiza cambios de posicionamiento	Dependiente del cuidador para AVD: X / NO
Tipo de dispositivo requerido			Planos del Dispositivo: Fowler / Trendelenburg
Medidas de la habitación (cm)	3m x 3m		Medidas de la cama (cm): 190 / 100 / 1m

3. PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE SOPORTE

Prescripción de Barras o Pasamanos	Ubicación 1	Baño Ducha							
	Tipo	X	Vertical	En L	Inguinal	Recta	Características	X	Abatible
	Medidas (cm)	60cm de					Material	Acero inoxidable	
Cantidad de Barras a prescribir	Ubicación 2	Baño Ducha							
	Tipo	X	Vertical	En L	Inguinal	Recta	Características	X	Abatible
	Medidas (cm)	80cm	40				Material	Acero inoxidable	
	Ubicación 3								
	Tipo	Horizontal	Vertical	En L	Inguinal	Recta	Características	Fijo	Abatible
	Medidas (cm)						Material		

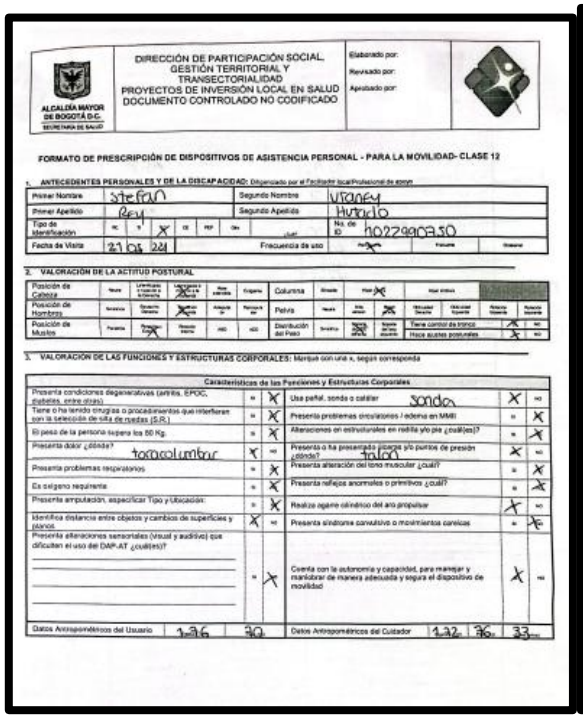
Prescripción de Rampas	Tipo	Móvil	Fija	
	Ubicación 1			
Cantidad de Rampas a prescribir	Medidas (cm)		Material	
	Ubicación 2			
Otros	Medidas (cm)		Material	

Observaciones del Profesional: usuario en condición de discapacidad física con agotabilidad reducida a disposición se genera solicitud de cama hospitalaria para favorecer su independencia al igual que la toma para fomentar su funcionalidad

Nombre del(a) Candidato(a)	Stefan Hurtado	Firma	STEFAN Rey	Tipo y No. de ID	1022980930
Nombre del(a) Cuidador(a)	Diana Gomez	Firma	Diana Gomez	Tipo y No. de ID	1022967360
Nombre del(a) Terapeuta	Alejandra Urrego	Firma	ALEJANDRA	Tipo y No. de ID	1018288826

Revisa y certifica: Nombre del(a) Facilitador (a): Natalia Tamayo — Firma: Natalia T. — Tipo y No. de ID: CC 1022939944
Nombre del(a) Supervisor (a) delegado(a) por el FSL — Firma — Tipo y No. de ID

4.4 FORMATO DE SILLA DE RUEDAS



DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD
PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD
DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO

Elaborado por:
Revisado por:
Apoyado por:

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL - PARA LA MOVILIDAD- CLASE 12

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

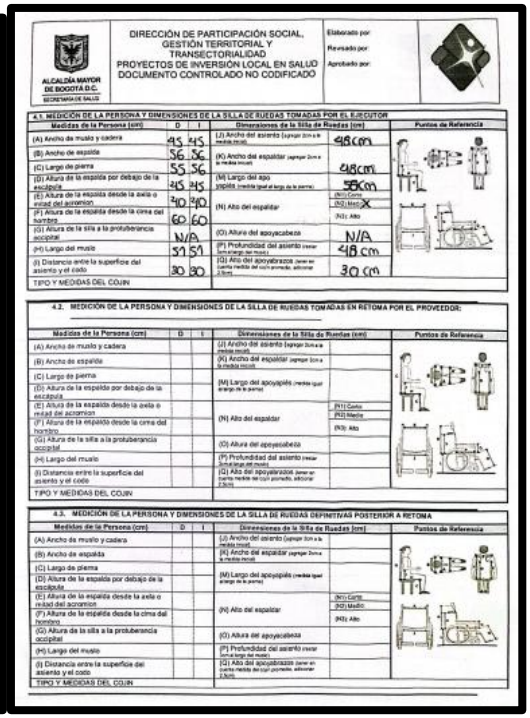
Primer Nombre	Stefan	Segundo Nombre	Vianey
Primer Apellido	Rey	Segundo Apellido	Hurtado
Tipo de Identificación	RC TI X CE PEP Otro	No. de ID	1022980930
Fecha de Visita	21 05 22	Frecuencia de uso	Nunca X / Frecuente / Ocasional

2. VALORACIÓN DE LA ACTITUD POSTURAL

Posición de Cabeza	Neutra	Lateralizada o rotada a la derecha	Lateralizada o rotada a la izquierda X	Hacia adelante	Extendida	Columna	Simétrica	Plana	Hacia adelante X	Hacia atrás			
Posición de Hombros	Simétrica	Elevación Derecha	Elevación Izquierda X	Retracción bilateral	Protracción bilateral	Pelvis	Neutra	Alta derecha	Alta izquierda X	Rotación Derecha	Rotación Izquierda	Retracción bilateral	Protracción bilateral
Posición de Muslos	Paralela	Rotación Externa X	Rotación Interna	ABD	ADD	Distribución del Peso	Simétrica	Mayor peso derecho X	Mayor peso izquierdo	Tiene control de tronco		X	NO
										Hace ajustes posturales		X	NO

3. VALORACIÓN DE LAS FUNCIONES Y ESTRUCTURAS CORPORALES: Marque con una x, según corresponda

Características de las Funciones y Estructuras Corporales					
Presenta condiciones degenerativas (artritis, EPOC, diabetes, entre otras)	SI	X	NO	Usa peñal, sonda o catéter	sonda X NO
Tiene o ha tenido cirugías o procedimientos que interfieran con la selección de silla de ruedas (S.R.)	SI	X	NO	Presenta problemas circulatorios / edema en MMII	SI X NO
El peso de la persona supera los 80 Kg.	SI	X	NO	Alteraciones en estructurales en redilla y/o pie ¿cuáles)?	SI X NO
Presenta dolor ¿dónde?	X lumbar		NO	Presenta o ha presentado úlceras y/o puntos de presión ¿dónde? talon	X NO
Presenta problemas respiratorios	SI	X	NO	Presenta alteración del tono muscular ¿cual?	SI X NO
Es zurdo/a requiere	SI	X	NO	Presenta reflejos anormales o primitivos ¿cual?	SI X NO
Presenta amputación, especificar Tipo y Ubicación	SI	X	NO	Realiza agarre olímetrico del aro propulsor	X NO
Identifica distancia entre objetos y cambios de superficies y planos	X		NO	Presenta síndrome sensitivo o movimientos caricias	SI X NO
Presenta alteraciones sensoriales (visual y auditiva) que dificulten el uso del DMP-AT ¿cuáles)?	SI	X	NO	Cuenta con la autonomía y capacidad, para manejar y maniobrar de manera adecuada y segura el dispositivo de movilidad	X NO
Datos Antropométricos del Usuario	1.36	70		Datos Antropométricos del Cuidador	1.32 76 33



DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD
PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD
DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO

Elaborado por:
Revisado por:
Aprobado por:

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD

4.1. MEDICIÓN DE LA PERSONA Y DIMENSIONES DE LA SILLA DE RUEDAS TOMADAS POR EL EJECUTOR

Medidas de la Persona (cm)	D	I	Dimensiones de la Silla de Ruedas (cm)		Puntos de Referencia
(A) Ancho de muslo y cadera	45	45	(J) Ancho del asiento (agregar 2cm a la medida inicial)	48cm	
(B) Ancho de espalda	36	36	(K) Ancho del espaldar (agregar 2cm a la medida inicial)	48cm	
(C) Largo de pierna	55	56	(M) Largo del apoyopiés (medida igual al largo de la pierna)	58cm	
(D) Altura de la espalda por debajo de la escápula	45	45	(N1) Corto		
(E) Altura de la espalda desde la axila o nivel del acromion	30	30	(N) Alto del espaldar	(N2) Medio X	
(F) Altura de la espalda desde la cima del hombro	60	60		(N3) Alto	
(G) Altura de la silla a la protuberancia occipital	N/A		(O) Altura del apoyacabeza	N/A	
(H) Largo del muslo	51	51	(P) Profundidad del asiento (restar 5cm al largo del muslo)	48 cm	
(I) Distancia entre la superficie del asiento y el codo	30	30	(Q) Alto del apoyabrazos (tener en cuenta medida del cojín prestado, adicionar 2.5cm)	30 cm	

TIPO Y MEDIDAS DEL COJIN

4.2. MEDICIÓN DE LA PERSONA Y DIMENSIONES DE LA SILLA DE RUEDAS TOMADAS EN RETOMA POR EL PROVEEDOR:

Medidas de la Persona (cm)	D	I	Dimensiones de la Silla de Ruedas (cm)		Puntos de Referencia
(A) Ancho de muslo y cadera			(J) Ancho del asiento (agregar 2cm a la medida inicial)		
(B) Ancho de espalda			(K) Ancho del espaldar (agregar 2cm a la medida inicial)		
(C) Largo de pierna			(M) Largo del apoyopiés (medida igual al largo de la pierna)		
(D) Altura de la espalda por debajo de la escápula			(N1) Corto		
(E) Altura de la espalda desde la axila o nivel del acromion			(N) Alto del espaldar	(N2) Medio	
(F) Altura de la espalda desde la cima del hombro				(N3) Alto	
(G) Altura de la silla a la protuberancia occipital			(O) Altura del apoyacabeza		
(H) Largo del muslo			(P) Profundidad del asiento (restar 5cm al largo del muslo)		
(I) Distancia entre la superficie del asiento y el codo			(Q) Alto del apoyabrazos (tener en cuenta medida del cojín prestado, adicionar 2.5cm)		

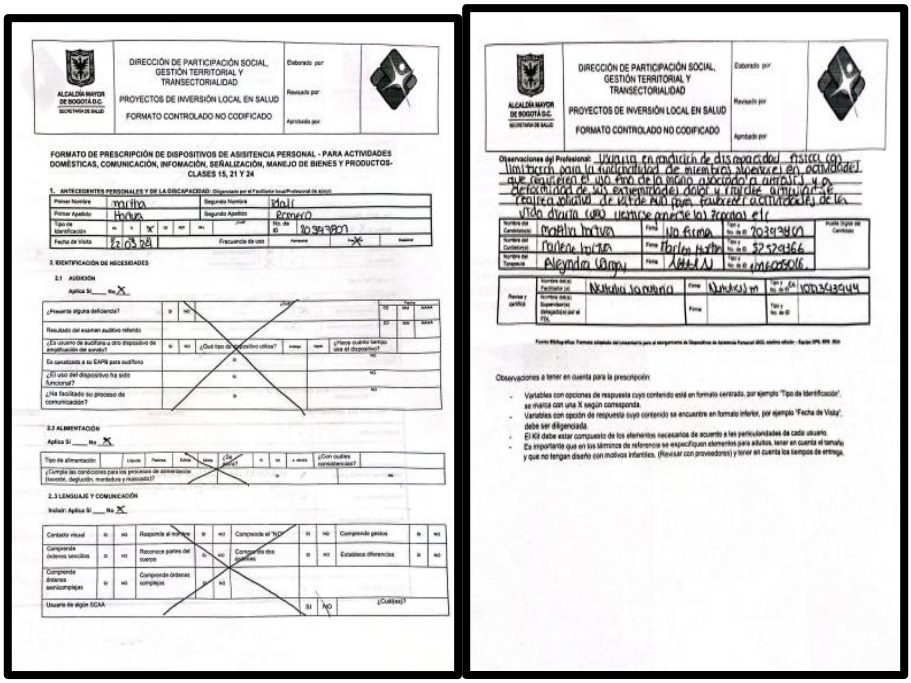
TIPO Y MEDIDAS DEL COJIN

4.3. MEDICIÓN DE LA PERSONA Y DIMENSIONES DE LA SILLA DE RUEDAS DEFINITIVAS POSTERIOR A RETOMA

Medidas de la Persona (cm)	D	I	Dimensiones de la Silla de Ruedas (cm)		Puntos de Referencia
(A) Ancho de muslo y cadera			(J) Ancho del asiento (agregar 2cm a la medida inicial)		
(B) Ancho de espalda			(K) Ancho del espaldar (agregar 2cm a la medida inicial)		
(C) Largo de pierna			(M) Largo del apoyopiés (medida igual al largo de la pierna)		
(D) Altura de la espalda por debajo de la escápula			(N1) Corto		
(E) Altura de la espalda desde la axila o nivel del acromion			(N) Alto del espaldar	(N2) Medio	
(F) Altura de la espalda desde la cima del hombro				(N3) Alto	
(G) Altura de la silla a la protuberancia occipital			(O) Altura del apoyacabeza		
(H) Largo del muslo			(P) Profundidad del asiento (restar 5cm al largo del muslo)		
(I) Distancia entre la superficie del asiento y el codo			(Q) Alto del apoyabrazos (tener en cuenta medida del cojín prestado, adicionar 2.5cm)		

TIPO Y MEDIDAS DEL COJIN

4.5 FORMATO KIT COGNITIVO Y DISPOSITIVOS AVD



DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD
PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD
FORMATO CONTROLADO NO CODIFICADO

FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL - PARA ACTIVIDADES DOMÉSTICAS, COMUNICACIÓN, INFOMACIÓN, SEÑALIZACIÓN, MANEJO DE BIENES Y PRODUCTOS- CLASES 15, 21 Y 24

1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA DISCAPACIDAD

Primer Nombre	martha	Segundo Nombre	Idali
Primer Apellido	Hoyos	Segundo Apellido	Romero
Tipo de Identificación	CC	No. de ID	39379801
Fecha de Visita	12/05/23	Frecuencia de uso	Permanente

2. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES

2.1 AUDICIÓN

Aplica Si ___ No X

¿Presenta alguna deficiencia?	SI	NO	¿Cuál?						OD	OI	AMBOS
Resultado del examen auditivo referido									OD	OI	AMBOS
¿Es usuario de audífono u otro dispositivo de amplificación del sonido?	SI	NO	¿Qué tipo de dispositivo utiliza?	Análogo	Digital	¿Hace cuánto tiempo usa el dispositivo?					
Es señalizado 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 Si ___ No X

Tipo de alimentación:	Líquida	Pastosa	Sólida	Mixta	¿De qué?		SI	NO	¿Con cuáles consistencias?		
¿Cumple las condiciones para los procesos de alimentación (masticar, deglutir, mantenerse y mantenida)?							SI	NO			

2.3 LENGUAJE Y COMUNICACIÓN

Incluir: Aplica Si ___ No X

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

DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD
PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD
FORMATO CONTROLADO NO CODIFICADO

Observaciones del Profesional: Usuaria en condición de discapacidad física (a) limitación para la realización de miembro superior) en actividades que requieren el uso fino de la mano asociado a artritis y a deformidad de sus extremidades dolor y rigidez, amplia se requiere adaptar de vida AVD que faciliten actividades de la vida diaria que usuario aporte la terapia ocu

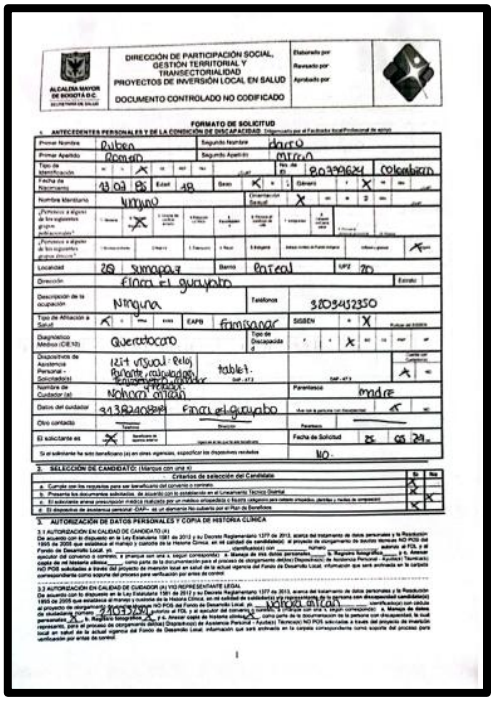
Nombre del Candidato(a)	Martha Hoyos	Firma	No firma	Tipo y No. de ID	39379801
Nombre del Cuidador(a)	Marlene Hoyos	Firma	Marlene Hoyos	Tipo y No. de ID	52529366
Nombre del Terapeuta	Alejandra Vargas	Firma		Tipo y No. de ID	1065605016
Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador (a)	Natacha Sanabria	Firma		Tipo y No. de ID	1073243944
	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 2022, vigente vigente - Fecha: DPS, SPS, 2021

Observaciones a tener en cuenta para la prescripción:

- Variables con opciones de respuesta cuyo contenido está en formato centrado, por ejemplo "Tipo de Identificación", se marca con una X según corresponda.
- Variables con opción de respuesta cuyo contenido se encuentra 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.

4.6 FORMATO KIT VISUAL



DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD
PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD
DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO

FORMATO DE SOLICITUD

1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

Primer Nombre	Ruben	Segundo Nombre	dario
Primer Apellido	Romero	Segundo Apellido	moran
Tipo de Identificación	CC	No. de ID	80379624
Fecha de Nacimiento	93 03 18	Edad	49
Sexo	M	Género	M
Nombre Acompañante	ninguno	Discapacidad Mental	NO
¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales?	Víctima		
¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos étnicos?	Ninguno		
Localidad	20	Barrio	Arboleda
Dirección	Finca el guayabito	UPZ	30
Descripción de la ocupación	Ninguna	Teléfonos	3005452350
Tipo de Afiliación a Salud	C	Régimen	CAPS
Diagnóstico Médico (CIE10)	Queratocono	Tipo de Discapacidad	F
Dispositivos de Asistencia Personal - Solicitados	1214 visual: Reloj parlante, calculadora, termómetro parlante, tablet.		
Nombre de Cuidador (a)	Nohora moran	Parentesco	madre
Datos del cuidador	3132403894	Dirección	finca el guayabito
Otro contacto		Parentesco	
El solicitante es	X	Dirección	
		Fecha de Solicitud	25 05 23

Si el solicitante ha sido beneficiario (a) en otras vigencias, especificar los dispositivos recibidos: NO.

2. SELECCIÓN DE CANDIDATO: (Marque con una x)

Criterios de selección del Candidato	Sí	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 privado(a) o fuera categoría para valorar ortopedia, plantas y rodilla de ortopedista	X	
d. El dispositivo de asistencia personal -DAP- es el elemento No cubierto por el Plan de Beneficios.	X	

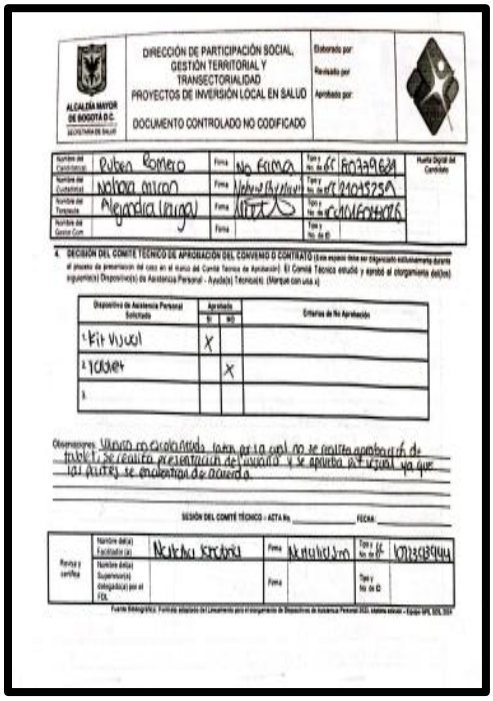
3. AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES Y COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

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 calidad de candidato(a) al proyecto de otorgamiento de bonos técnicos NO POS del Fondo de Desarrollo Local, yo, ___ identificado(a) con cédula de ciudadanía No. ___ de ___, manifiesto que he sido informado(a) sobre el Programa de entrega de dispositivos de asistencia personal, sus características, condiciones de uso, y que he sido informado(a) sobre el manejo de mis datos personales, ___ y el manejo de mi historia clínica, ___ y marque con una x según corresponda). A. Manejo de mis datos personales ___ B. Registro fotográfico ___ y C. Anexar copia de historia clínica ___ como parte de la documentación para el proceso de otorgamiento dentro (Dispositivos de Asistencia Personal - Ayudas) Técnicas) NO POS solicitados 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 antes 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 calidad de cuidador(a) y/o representante legal de la persona con discapacidad candidato(a) al proyecto de otorgamiento de bonos técnicos NO POS, del Fondo de Desarrollo Local, yo, ___ identificado(a) con cédula de ciudadanía No. ___ de ___, manifiesto que he sido informado(a) sobre el Programa de entrega de dispositivos de asistencia personal, sus características, condiciones de uso, y que he sido informado(a) sobre el manejo de datos de ciudadano(a) ___ y el manejo de mi historia clínica ___ y 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 representa, para el proceso de otorgamiento dentro (Dispositivos de Asistencia Personal - Ayudas) Técnicas) NO POS solicitados 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 antes de control.



DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD
PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD
DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO

Nombre del Candidato(a)	Ruben Romero	Firma	No firma	Tipo y No. de ID	CC 80379624
Nombre del Cuidador(a)	Nohora moran	Firma	Nohora moran	Tipo y No. de ID	CC 39395250
Nombre del Terapeuta	Alejandra Vargas	Firma		Tipo y No. de ID	CC 1065605016
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 de(los) siguiente(s) Dispositivo(s) de Asistencia Personal - Ayuda(s) Técnica(s): (Marque con una x)

Dispositivo de Asistencia Personal Solicitado	Aprobado SI	Aprobado NO	Criterios de No Aprobación
1 Kit visual	X		
2 Tablet		X	
3.			

Observaciones: Usuario no cuenta con tablet, por la cual no se realiza aprobación de tablet, se realiza presentación de usuario y se aprueba kit visual, ya que los demás se encuentran de acuerdo a

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

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador (a)	Natacha Sanabria	Firma		Tipo y No. de ID	1073243944
	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 2022, vigente vigente - Fecha: DPS, SPS, 2021

4. 7 EVIDENCIA FOTOGRAFICA DE PRESCRIPCIONES



5. MESAS DE TRABAJO

Tras realizar las visitas de prescripción, la fisioterapeuta del Fondo de Desarrollo Local y la profesional de Funvive llevaron a cabo orientación y seguimiento individualizado para cada caso. Esto permitió revisar las prescripciones realizadas, verificando que fueran completas y adecuadas según la condición de salud y el diagnóstico de cada usuario, considerando sus necesidades específicas. El objetivo fue agilizar el proceso de presentación y aprobación en los comités técnicos.

5.1 EVIDENCIA DE TRABAJO DE LAS MESAS DE TRABAJO

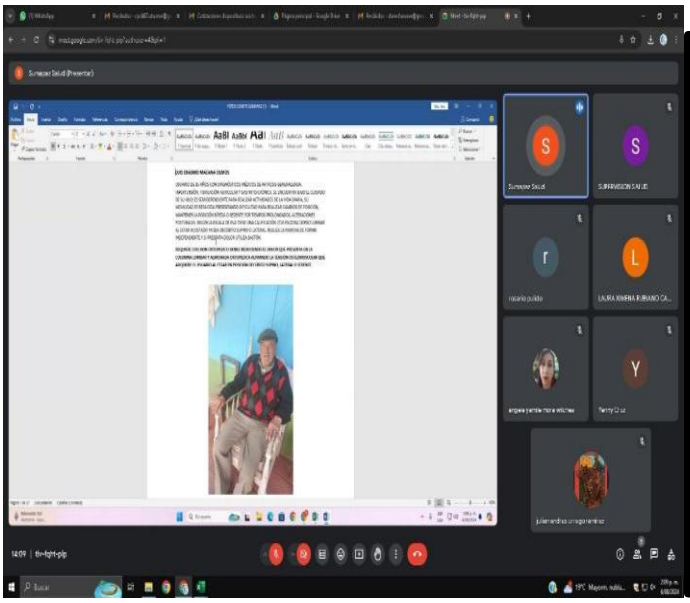


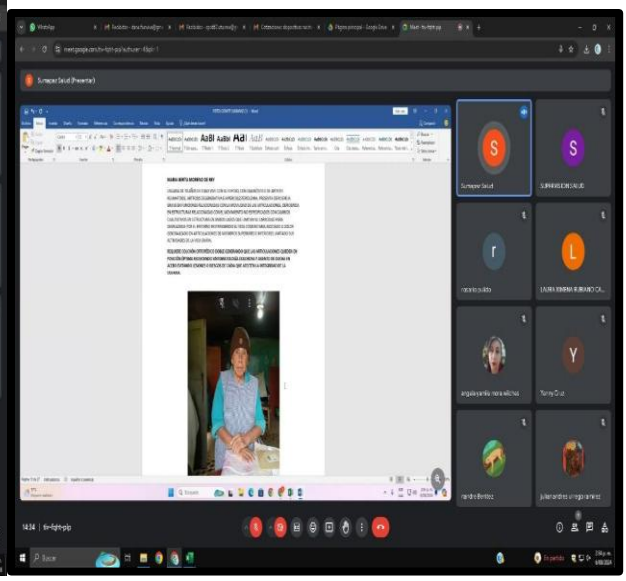


6. COMITES TECNICOS DE APROBACION

Se convocaba a un comité técnico virtual en el que se aprobaban los usuarios, teniendo en cuenta su diagnóstico, situación de vulnerabilidad, documentación actualizada y contexto social. Al comité asistían miembros de la veeduría del proyecto, profesionales del fondo de desarrollo local y profesionales de FUNVIVE. En cada sesión se presentaba el caso de cada usuario, destacando aciertos y desaciertos, para tomar una decisión conjunta sobre la aprobación de estos, lo que permitía iniciar el proceso de compra de dispositivos para su entrega. Estas mesas de trabajo tenían una duración aproximada de una hora.

5.1 EVIDENCIA FOTOGRAFICA DE COMITÉ DE APROBACIÓN





7. COMPRA DE DISPOSITIVOS E INGRESO A ALMACEN







8. ENTREGAS DE DISPOSITIVOS Y ENTRENAMIENTO.

Se realizó la entrega de dispositivos en cada una de las cuencas según un cronograma previamente establecido, con tres entregas diarias, considerando la cercanía de las veredas y la disponibilidad de los usuarios. Además, se llevó a cabo una capacitación sobre el uso de los dispositivos entregados, explicando el nombre de cada equipo, su funcionamiento y el tiempo de garantía, teniendo en cuenta que a cada usuario se les entregó el dispositivo correspondiente a sus necesidades. En el caso de las sillas de ruedas, se desarrollaron dos momentos: el primero consistió en la visita de evaluación de

vulnerabilidad y prescripción por parte de las profesionales, y el segundo fue la cita con el proveedor para la toma de medidas en casos de sillas específicas

8.1 EVIDENCIA CRONOGRAMA DE ENTREGAS

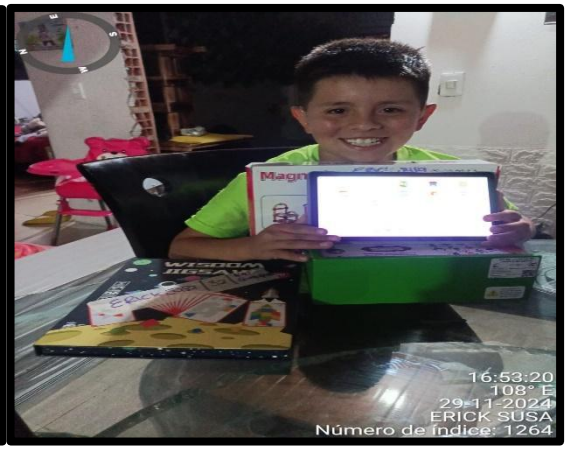
USUARIO	VERADA	TELEFONO	DISPOSITIVO 1	DISPOSITIVO 2	DISPOSTIVO 3	DISPOSITIVO 4	OBSERVACION
PEDRO ELISEO PALACIOS	TABACO RIO BLANCO	3132672179	Colchon ortopedico sencillo	Silla de ducha			
LUCRECIA HURTADO PALACIOS	BETANIA RIO BLANCO	3212595261	Colchon ortopedico sencillo	Silla de ducha			
EDILSON MELO	PEÑALISA RIO BLANCO	3212783552	Colchon ortopedico doble				

8.2 EVIDENCIA RETOMA DE SILLA DE RUEDAS



8.3 EVIDENCIA DE ENTREGAS DAPS







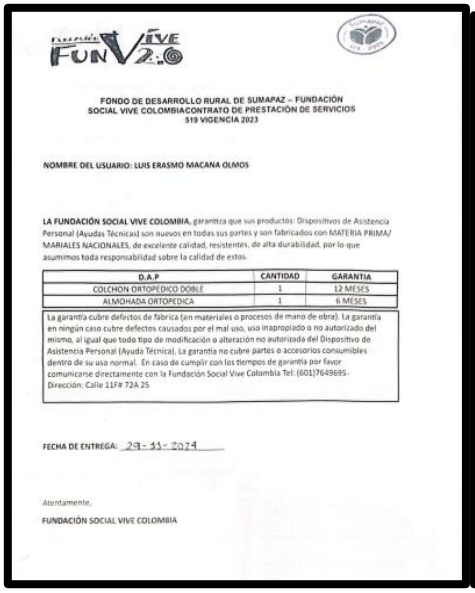






9. FORMATO ACTA DE ENTREGA Y CARTA DE INTENCION

A Continuación, se evidencian los formatos de entrega a los usuarios con el dispositivo que se entregó, la fecha y el tiempo de garantía.



FONDO DE DESARROLLO RURAL DE SUMAPAZ – FUNDACIÓN SOCIAL VIVE COLOMBIACONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 519 VIGENCIA 2023

NOMBRE DEL USUARIO: LUIS ERASMO MACANA OLMOS

LA FUNDACIÓN SOCIAL VIVE COLOMBIA, garantiza que sus productos: Dispositivos de Asistencia Personal (Ayudas Técnicas) son nuevos en todas sus partes y son fabricados con MATERIA PRIMA/ MARIALES NACIONALES, de excelente calidad, resistentes, de alta durabilidad, por lo que asumimos toda responsabilidad sobre la calidad de estos.

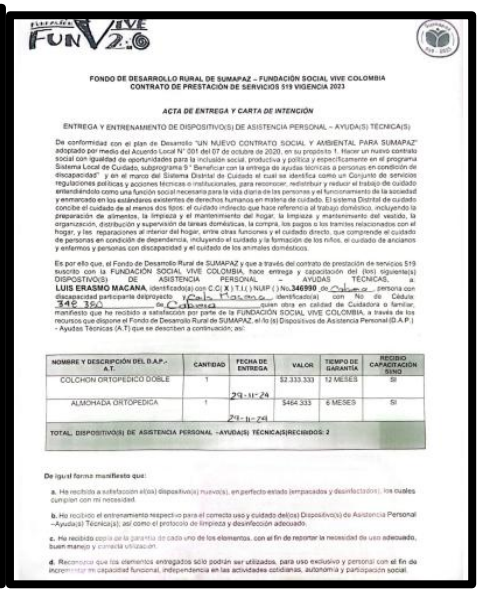
D.A.P	CANTIDAD	GARANTIA
COLCHON ORTOPEDICO DOBLE	1	12 MESES
ALMOHADA ORTOPEDICA	1	6 MESES

La garantía cubre defectos de fabrica (en materiales o procesos de mano de obra). La garantía en ningún caso cubre defectos causados por el mal uso, uso inapropiado o no autorizado del mismo, al igual que todo tipo de modificación o alteración no autorizada del Dispositivo de Asistencia Personal (Ayuda Técnica). La garantía no cubre partes o accesorios consumibles dentro de su uso normal. En caso de cumplir con los tiempos de garantía por favor comunicarse directamente con la Fundación Social Vive Colombia Tel: (601)7649695. Dirección: Calle 11F# 72A 25

FECHA DE ENTREGA: 29-11-2024

Atentamente,

FUNDACIÓN SOCIAL VIVE COLOMBIA



FONDO DE DESARROLLO RURAL DE SUMAPAZ – FUNDACIÓN SOCIAL VIVE COLOMBIA
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 519 VIGENCIA 2023

ACTA DE ENTREGA Y CARTA DE INTENCIÓN

ENTREGA Y ENTRENAMIENTO DE DISPOSITIVO(S) DE ASISTENCIA PERSONAL – AYUDA(S) TÉCNICA(S)

De conformidad con el plan de Desarrollo "UN NUEVO CONTRATO SOCIAL Y AMBIENTAL PARA SUMAPAZ" adoptado por medio del Acuerdo Local N° 001 del 07 de octubre de 2020, en su propósito 1. Hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política y específicamente en el programa Sistema Local de Cuidado, subprograma 9 " Beneficiar con la entrega de ayudas técnicas a personas en condición de discapacidad" y en el marco del Sistema Distrital de Cuidado el cual se identifica como un Conjunto de servicios regulaciones políticas y acciones técnicas o institucionales, para reconocer, redistribuir y reducir el trabajo de cuidado entendiéndolo como una función social necesaria para la vida diaria de las personas y el funcionamiento de la sociedad y enmarcado en los estándares existentes de derechos humanos en materia de cuidado. El sistema Distrital de cuidado concibe el cuidado de al menos dos tipos: el cuidado indirecto que hace referencia al trabajo doméstico, incluyendo la preparación de alimentos, la limpieza y el mantenimiento del hogar, la limpieza y mantenimiento del vestido, la organización, distribución y supervisión de tareas domésticas, la compra, los pagos o los trámites relacionados con el hogar, y las reparaciones al interior del hogar, entre otras funciones y el cuidado directo, que comprende el cuidado de personas en condición de dependencia, incluyendo el cuidado y la formación de los niños, el cuidado de ancianos y enfermos y personas con discapacidad y el cuidado de los animales domésticos.

Es por ello que, el Fondo de Desarrollo Rural de SUMAPAZ y que a través del contrato de prestación de servicios 519 suscrito con la FUNDACIÓN SOCIAL VIVE COLOMBIA, hace entrega y capacitación del (los) siguiente(s) DISPOSITIVO(S) DE ASISTENCIA PERSONAL – AYUDAS TÉCNICAS, a: **LUIS ERASMO MACANA**, identificado(a) con C.C(X) T.I ( ) NUIP ( ) No.**346990** de Olmos persona con discapacidad participante delproyecto Cali Macana identificado(a) con No de Cédula 346 350 de Colombia quien otra en calidad de Cuidadora o familiar, manifiesto que he recibido a satisfacción por parte de la FUNDACIÓN SOCIAL VIVE COLOMBIA, a través de los recursos que dispone el Fondo de Desarrollo Rural de SUMAPAZ, el /lo (s) Dispositivo de Asistencia Personal (D.A.P.) – Ayudas Técnicas (A.T) que se describen a continuación; así:

NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL D.A.P.- A.T.	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	VALOR	TIEMPO DE GARANTÍA	RECIBIO CAPACITACIÓN SI/NO
COLCHON ORTOPEDICO DOBLE	1	29-11-24	$2.333.333	12 MESES	SI
ALMOHADA ORTOPEDICA	1	29-11-24	$464.333	6 MESES	SI
TOTAL DISPOSITIVO(S) DE ASISTENCIA PERSONAL –AYUDA(S) TECNICAS(RECIBIDOS: 2					

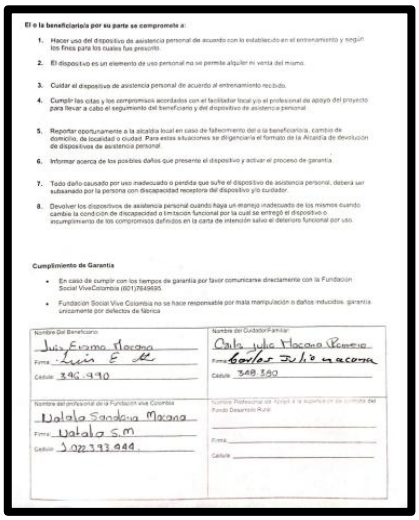
De igual forma manifiesto que:

a. He recibido a satisfacción el(los) dispositivo(s) nuevo(s), en perfecto estado (empacados y desinfectados), los cuales cumplen con mi necesidad.

b. He recibido el entrenamiento respectivo para el correcto uso y cuidado del(os) Dispositivo(s) de Asistencia Personal –Ayuda(s) Técnica(s), así como el protocolo de limpieza y desinfección adecuado.

c. He recibido copia de la garantía de cada uno de los elementos, con el fin de reportar la necesidad de uso adecuado, buen manejo y correcta utilización.

d. Reconozco que los elementos entregados sólo podrán ser utilizados, para uso exclusivo y personal con el fin de experimentar mi capacidad funcional, independencia en las actividades cotidianas, autonomía y participación social.



El o la beneficiario/a por su parte se compromete a:

1. Hacer uso del dispositivo de asistencia personal de acuerdo con lo establecido en el entrenamiento y según los fines para los cuales fue prescrito.
2. El dispositivo es un elemento de uso personal no se permite alquiler ni venta del mismo.
3. Cuidar el dispositivo de asistencia personal de acuerdo al entrenamiento recibido.
4. Cumplir las citas y los compromisos acordados con el facilitador local y/o el profesional de apoyo del proyecto para llevar a cabo el seguimiento del beneficiario y del dispositivo de asistencia personal.
5. Reportar oportunamente a la alcaldía local en caso de fallecimiento del o la beneficiario/a, cambio de domicilio, de localidad o ciudad. Para estas situaciones se diligenciara el formato de la Alcaldía de devolución de dispositivos de asistencia personal.
6. Informar acerca de los posibles daños que presente el dispositivo y activar el proceso de garantía.
7. Todo daño causado por uso inadecuado o perdida que sufra el dispositivo de asistencia personal, deberá ser subsanado por la persona con discapacidad receptora del dispositivo y/o cuidador.
8. Devolver los dispositivos de asistencia personal cuando haya un manejo inadecuado de los mismos cuando cambie la condición de discapacidad o limitación funcional por la cual se entregó el dispositivo o incumplimiento de los compromisos definidos en la carta de intención salvo el deterioro funcional por uso.

Cumplimiento de Garantía

- En caso de cumplir con los tiempos de garantía por favor comunicarse directamente con la Fundación Social VivaColombia (601)7649695.
- Fundación Social Vive Colombia no se hace responsable por mala manipulación o daños inducidos, garantía únicamente por defectos de fábrica

Nombre Del Beneficiario: Luis Erasmo Macana Firma: Luis E M Cédula: 346.990	Nombre del Cuidador/Familiar: Cali Julie Macana Romero Firma: Carlos Julio Macana Cédula: 348.590
Nombre del profesional de la Fundación Vive Colombia: Natalia Sandina Macana Firma: Natalia S.M Cedula: 1.072.393.944	Nombre Profesional del Apoyo a la supervisión del contrato del Fondo Desarrollo Rural: Firma: Cedula:

10. SEGUIMIENTOS

Realizar visitas de seguimiento a los usuarios de Río Blanco y Río Sumapaz con el propósito de evaluar su experiencia y percepción sobre los dispositivos entregados, así como determinar el impacto y la relevancia de las ayudas proporcionadas tanto para los usuarios como para sus cuidadores.

Metodología:

1. Se llevaron a cabo conversaciones con los usuarios y sus cuidadores en sus hogares para evaluar los siguientes aspectos:

- Percepción general: Opinión del usuario sobre la utilidad de los dispositivos entregados.
- Frecuencia de uso: Determinar qué tan frecuentemente se utilizan los dispositivos y bajo qué circunstancias.
- Dificultades: Identificación de posibles problemas técnicos o de uso que puedan estar limitando su efectividad.

2. Durante las visitas, se observó el estado físico de los dispositivos, su instalación y el entorno en el que se utilizan, verificando si cumplen con las condiciones óptimas para su funcionamiento.

Resultados esperados:

- Determinación de la importancia de las ayudas: Analizar cómo los dispositivos contribuyen a la mejora de la calidad de vida del usuario y cómo los cuidadores perciben este apoyo en términos de reducción de carga y estrés.
- Identificación de necesidades adicionales: Detectar carencias o áreas de mejora para optimizar el uso de las ayudas entregadas.
- Retroalimentación para futuros proyectos: Recoger sugerencias que permitan ajustar y personalizar mejor las intervenciones futuras en estas comunidades.

10.1 Evidencia visitas de seguimiento







El seguimiento a los usuarios y sus cuidadores busca no solo medir el impacto inmediato de las ayudas entregadas, sino también fomentar un diálogo abierto que garantice un proceso continuo de mejora y adaptación, asegurando que los dispositivos cumplan con las expectativas y necesidades reales de las personas beneficiadas.

11. DIFICULTADES DURANTE EL PROCESO

Durante el desarrollo del proyecto, se presentaron algunas barreras que inicialmente dificultaron el avance, especialmente porque muchos usuarios no contaban con la documentación completa, principalmente con una historia clínica reciente (no mayor a un año) y el certificado de discapacidad. Ante esta situación, se tomó la decisión de consultar con el fondo de desarrollo buscar soluciones viables:

- **Historias clínicas con fecha superior a un año**: Se permitió aceptar historias clínicas antiguas en los casos de usuarios que pudieran solicitar una cita médica en fechas posteriores a la visita, siempre que el diagnóstico fuera de nacimiento y la condición de salud no fuera a cambiar, sino que, por el contrario, implicara un mayor compromiso con el cuidado de la salud y la funcionalidad.
- **Certificado de discapacidad**: En aquellos casos en que el usuario no contaba con el certificado de discapacidad, se requería que la historia clínica tuviera el CIE10 correspondiente. Las fisioterapeutas eran las encargadas de realizar la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) basada en la historia clínica y la valoración realizada. Además, se proporcionaba al usuario la ruta para obtener el certificado de discapacidad y se le informaba sobre los canales disponibles para iniciar dicho trámite.

12. HALLAZGOS

Las ayudas técnicas, también conocidas como dispositivos de asistencia personal, son esenciales para garantizar el bienestar y la inclusión de las personas con discapacidad. En contextos rurales como Sumapaz, donde el acceso a servicios básicos puede ser limitado, estos dispositivos cobran una relevancia aún mayor. Permiten a las personas realizar actividades cotidianas, mejorar su movilidad, comunicación y autonomía, y participar activamente en la comunidad, lo que reduce significativamente su dependencia y fomenta su inclusión social y laboral.

13. RESULTADOS OBTENIDOS

El proyecto logró un impacto significativo en la calidad de vida de las personas con discapacidad en Sumapaz:

- Mejora en la movilidad
- Incremento en la autonomía: Los dispositivos de comunicación permitieron que las personas con discapacidades del habla o cognitivas participaran activamente en actividades comunitarias.
- Inclusión educativa y social: Herramientas adaptadas como tablets con software de apoyo educativo facilitaron el acceso a la educación de niños y jóvenes.
- Impacto en la comunidad: El proyecto sensibilizó a la población local sobre la importancia de la inclusión y fomentó redes de apoyo comunitarias.

14.CONCLUSIÓN

El desarrollo de dispositivos de asistencia personal en la localidad de Sumapaz no solo mejoró la calidad de vida de las personas en condición de discapacidad, sino que también fortaleció la integración social en un entorno rural con importantes desafíos estructurales. Este proyecto demuestra que, mediante la implementación de ayudas técnicas adecuadas, es posible superar barreras y construir comunidades más inclusivas y equitativas.

Es fundamental continuar promoviendo este tipo de iniciativas, especialmente en zonas rurales, donde las personas con discapacidad enfrentan mayores limitaciones para acceder a recursos y servicios esenciales. Las ayudas técnicas no solo representan una solución práctica, sino también una herramienta poderosa para garantizar el ejercicio pleno de los derechos humanos.

15. ANÁLISIS FINAL DE COMPONENTE 3: DAPS

A continuación se presentan los gráficos con los datos obtenidos de la base de datos, basados en los 55 usuarios beneficiados en el componente de dispositivos de asistencia personal.

ENFOQUE DIFERENCIAL

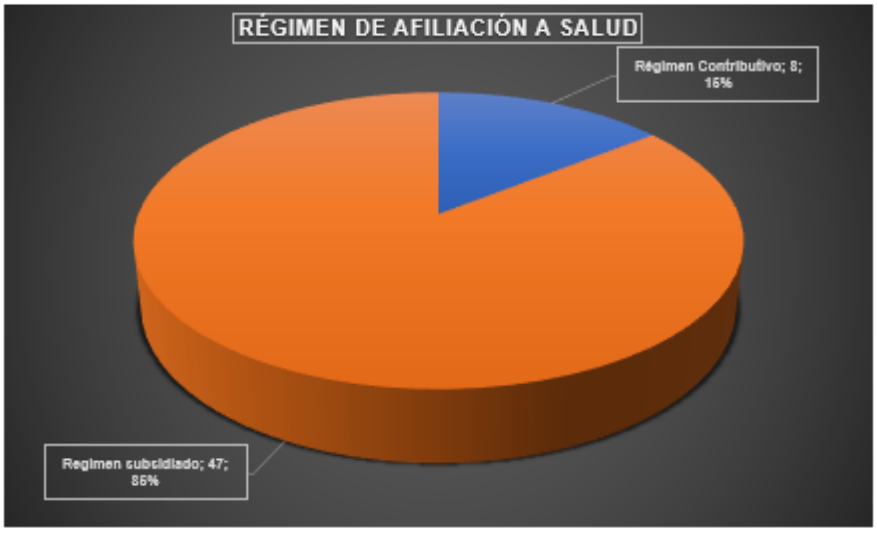
IDENTIFICACION GRUPO - ENFOQUE DIFERENCIAL	CANT	%
Campesino (a)	54	98%
Víctimas de conflicto armado	1	2%
	55	100%



El gráfico anterior muestra que el 98% de la población está asociada al enfoque diferencial de campesinos, lo que corresponde a 54 usuarios, mientras que el 2% pertenece a víctimas del conflicto armado, con un usuario.

REGIMEN DE AFILIACION EN SALUD

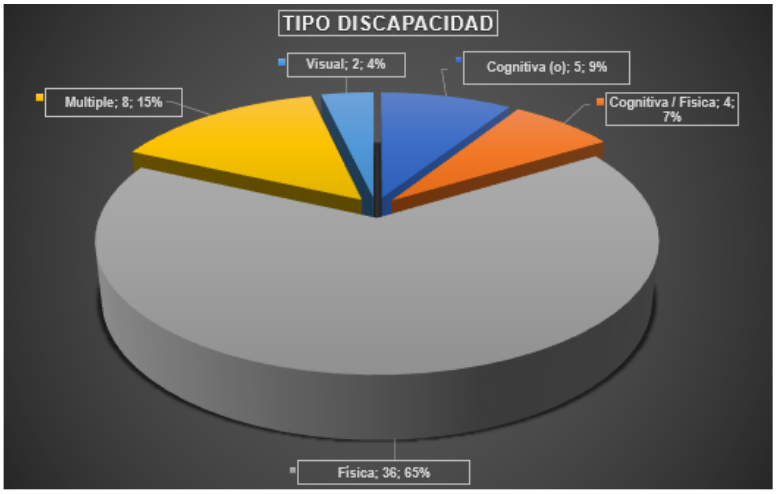
RÉGIMEN DE AFILIACIÓN A SALUD	Cant	%
Régimen Contributivo	8	15%
Regimen subsidiado	47	85%
	55	100%



El gráfico anterior muestra que el 85% de los usuarios pertenece al régimen de afiliación subsidiado, lo que equivale a 47 usuarios, mientras que el 15% pertenece al régimen de afiliación contributiva, con 8 usuarios.

TIPO DE DISCAPACIDAD

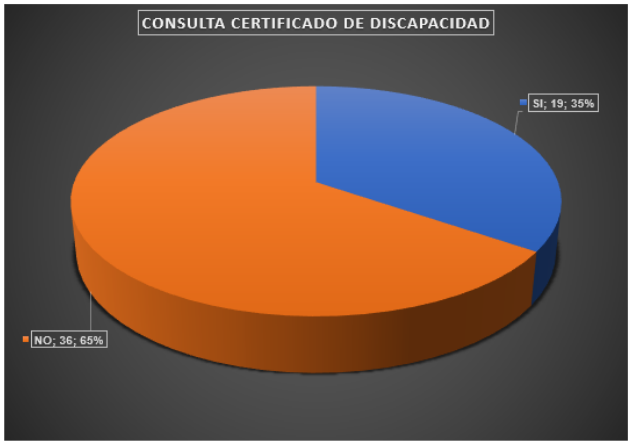
TIPO DISCAPACIDAD	CANT	%
Cognitiva (o)	5	9%
Cognitiva / Fisica	4	7%
Física	36	65%
Multiple	8	15%
Visual	2	4%
	55	100%



En el gráfico anterior se representa el tipo de discapacidad de los usuarios. Se puede observar que el 9% tiene una discapacidad cognitiva, lo que corresponde a 5 usuarios; el 7% presenta una discapacidad física y cognitiva, con 4 usuarios; el 65% tiene una discapacidad física, equivalente a 36 usuarios; el 15% padece discapacidad múltiple, lo que corresponde a 8 usuarios; y el 4% tiene discapacidad visual, lo que representa a 2 usuarios.

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

CONSULTA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD	Cant	%
SI	19	35%
NO	36	65%
	55	100%



En el gráfico anterior se muestra la certificación de discapacidad otorgada por los prestadores de salud o la Secretaría de Salud. Se puede observar que el 35% de los usuarios tiene el certificado de discapacidad, lo que corresponde a 19 personas, mientras que el 65% no cuenta con dicho certificado, lo que equivale a 36 personas.

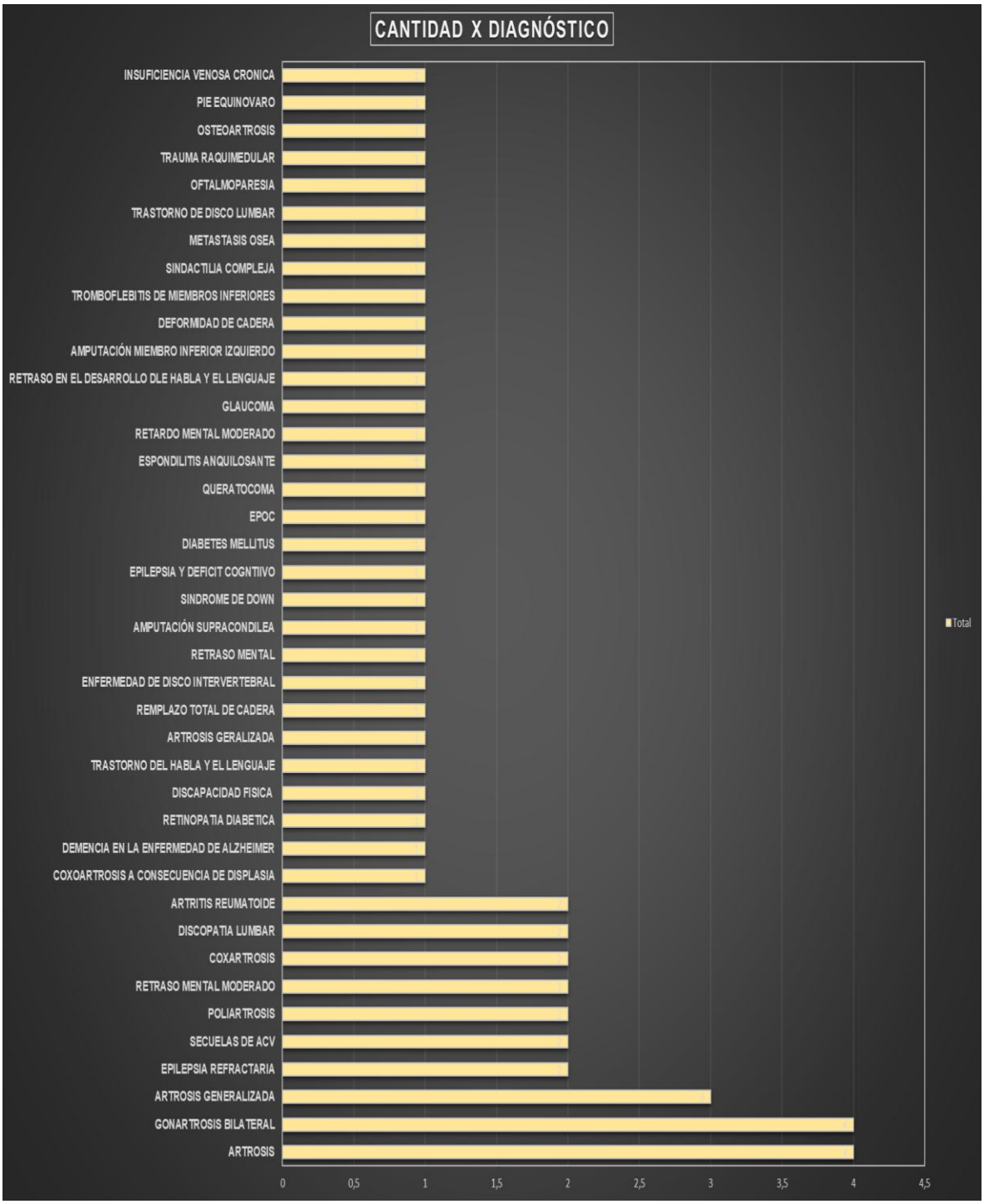
DIAGNÓSTICO

A continuación se asocia la tabla con los diagnósticos de cada uno de los usuarios beneficiados.

CANTIDAD X DIAGNÓSTICO	
DIAGNÓSTICO	**Total**
ARTROSIS	**4**
GONARTROSIS BILATERAL	**4**
ARTROSIS GENERALIZADA	**3**
EPILEPSIA REFRACTARIA	**2**
SECUELAS DE ACV	**2**
POLIARTROSIS	**2**
RETRASO MENTAL MODERADO	**2**
COXARTROSIS	**2**
DISCOPATIA LUMBAR	**2**
ARTRITIS REUMATOIDE	**2**
COXOARTROSIS A CONSECUENCIA DE DISPLASIA	**1**
DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	**1**
RETINOPATIA DIABETICA	**1**

DISCAPACIDAD FISICA	**1**
TRASTORNO DEL HABLA Y EL LENGUAJE	**1**
ARTROSIS GERALIZADA	**1**
REMPLAZO TOTAL DE CADERA	**1**
ENFERMEDAD DE DISCO INTERVERTEBRAL	**1**
RETRASO MENTAL	**1**
AMPUTACIÓN SUPRACONDILEA	**1**
SINDROME DE DOWN	**1**
EPILEPSIA Y DEFICIT COGNTIIVO	**1**
DIABETES MELLITUS	**1**
EPOC	**1**
QUERATOCOMA	**1**
ESPONDILITIS ANQUILOSANTE	**1**
RETARDO MENTAL MODERADO	**1**
GLAUCOMA	**1**
RETRASO EN EL DESARROLLO DLE HABLA Y EL LENGUAJE	**1**

AMPUTACIÓN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO	**1**
DEFORMIDAD DE CADERA	**1**
TROMBOFLEBITIS DE MIEMBROS INFERIORES	**1**
SINDACTILIA COMPLEJA	**1**
METASTASIS OSEA	**1**
TRASTORNO DE DISCO LUMBAR	**1**
OFTALMOPARESIA	**1**
TRAUMA RAQUIMEDULAR	**1**
OSTEOARTROSIS	**1**
PIE EQUINOVARO	**1**
INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA	**1**
Total general	**55**



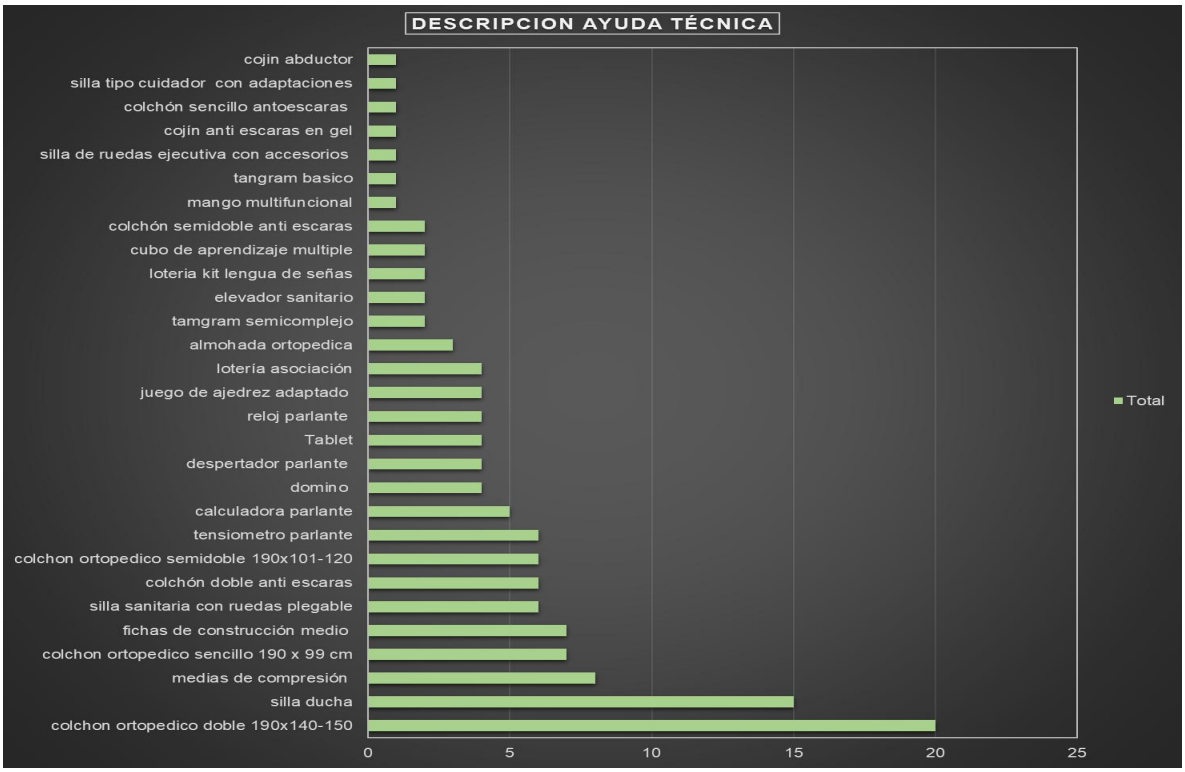
En el gráfico anterior se puede evidenciar que los 2 diagnósticos que más se presentan hacen referencia a coxartrosis bilateral y artrosis generalizada.

DESCRIPCIÓN AYUDA TÉCNICA

A continuación se relacionan los dispositivos de asistencia personal otorogados a los 55 beneficiarios.

Cuenta de DESCRIPCIÓN AYUDA TÉCNICA	
DESCRIPCIÓN AYUDA TÉCNICA	**Total**
colchon ortopedico doble 190x140-150	**20**
silla ducha	**15**
medias de compresión	**8**
colchon ortopedico sencillo 190 x 99 cm	**7**
fichas de construcción medio	**7**
silla sanitaria con ruedas plegable	**6**
colchón doble anti escaras	**6**
colchon ortopedico semidoble 190x101-120	**6**
tensiometro parlante	**6**
calculadora parlante	**5**
domino	**4**
despertador parlante	**4**
Tablet	**4**
reloj parlante	**4**

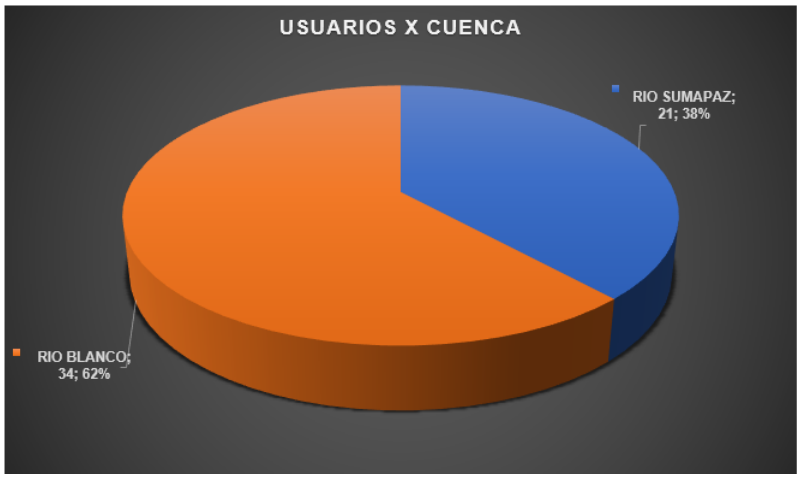
juego de ajedrez adaptado	**4**
lotería asociación	**4**
almohada ortopedica	**3**
tamgram semicomplejo	**2**
elevador sanitario	**2**
loteria kit lengua de señas	**2**
cubo de aprendizaje multiple	**2**
colchón semidoble anti escaras	**2**
mango multifuncional	**1**
tangram basico	**1**
silla de ruedas ejecutiva con accesorios	**1**
cojín anti escaras en gel	**1**
colchón sencillo antoescaras	**1**
silla tipo cuidador con adaptaciones	**1**
cojin abductor	**1**
Total general	**130**



En el gráfico anterior se puede observar que los dispositivos con mayor cantidad de unidades disponibles para entregar son los colchones ortopédicos dobles y las sillas de ducha.

USUARIO POR CUENCA

USUARIOS X CUENCA	CANT	%
RIO SUMAPAZ	21	38%
RIO BLANCO	34	62%
	55	100%



En el gráfico anterior se puede observar que el 38% de los usuarios beneficiados pertenecen a la cuenca del río Blanco, beneficiando a 34 usuarios, mientras que el 45% pertenece a la cuenca del río Sumapaz, beneficiando a 21 usuarios.