FUNVISIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

Riohacha 29 de Agosto de 2022

Señores
MUNICIPIO DE HATONUEVO
ALCALDE MUNICIPAL
Atn. SECRETARIO DE GOBIERNO
La ciudad

REF: Presentación del proyecto

Por medio del presente escrito, de manera respetuosa, le informamos que Fundación Social Visión Guajira, en virtud de la suscripción con el DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA, del Contrato de Cooperación N° 002 del 2022, ha iniciado la ejecución del proyecto que tiene por objeto "INCORPORACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA", dentro del cual se realizaran diferentes actividades, entre las cuales se encuentran:

- Capacitaciones, jornadas lúdicas, talleres y jornadas pedagógicas incluye la caracterización del participante a través de la evaluación y análisis de su situación. actual, personal y de su entorno familiar, la evaluación de sus competencias básicas, personales y familiares.
- Capacitación sobre empoderamiento y exigibilidad del derecho de las personas.
- Inclusión laboral de las personas con discapacidad.
- Organización de mesas de trabajo con los padres o cuidadores de personas con discapacidad.
- Jornadas Lúdicas de Fortalecimiento y apropiación familiar.

En aras de trabajar mancomunadamente, solicitamos el mayor apoyo que nos pueda brindar el Municipio, en la medida que se requiere principalmente la Convocatoria de la comunidad CON DISCAPACIDAD, teniendo en cuenta que el cupo establecido dentro del Proyecto es un grupo piloto de 50 personas.

Así mismo, requiere en la medida de lo posible, se nos otorgue la Disponibilidad de un espacio con sillas, para el desarrollo de las actividades en los días que le correspondan, según el cronograma.

Atentamente,

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

Riohacha 29 de Agosto de 2022

Señores
MUNICIPIO DE FONSECA
ALCALDE MUNICIPAL
Atn. SECRETARIO DE GOBIERNO
La ciudad

2022-1522
29-08-2022
10:16 AM

REF: Presentación del proyecto

Por medio del presente escrito, de manera respetuosa, le informamos que Fundación Social Visión Guajira, en virtud de la suscripción con el DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA, del Contrato de Cooperación N° 002 del 2022, ha iniciado la ejecución del proyecto que tiene por objeto "INCORPORACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA", dentro del cual se realizaran diferentes actividades, entre las cuales se encuentran:

- Capacitaciones, jornadas lúdicas, talleres y jornadas pedagógicas incluye la caracterización del participante a través de la evaluación y análisis de su situación. actual, personal y de su entorno familiar, la evaluación de sus competencias básicas, personales y familiares.
- Capacitación sobre empoderamiento y exigibilidad del derecho de las personas.
- Inclusión laboral de las personas con discapacidad.
- Organización de mesas de trabajo con los padres o cuidadores de personas con discapacidad.
- Jornadas Lúdicas de Fortalecimiento y apropiación familiar.

En aras de trabajar mancomunadamente, solicitamos el mayor apoyo que nos pueda brindar el Municipio, en la medida que se requiere principalmente la Convocatoria de la comunidad CON DISCAPACIDAD, teniendo en cuenta que el cupo establecido dentro del Proyecto es un grupo piloto de 50 personas.

Así mismo, requiere en la medida de lo posible, se nos otorgue la Disponibilidad de un espacio con sillas, para el desarrollo de las actividades en los días que le correspondan, según el cronograma.

Atentamente,

FUNDACIÓN SOCIAL VISIÓN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

Riohacha 29 de Agosto de 2022

SECRETARIA DE GOBIERNO
FECHA 29-09-2022
HORA 3:40 PM
FIRMA

Señores
MUNICIPIO DE MOLINO
ALCALDE MUNICIPAL
Atn. SECRETARIO DE GOBIERNO
La ciudad

REF: Presentación del proyecto

Por medio del presente escrito, de manera respetuosa, le informamos que Fundación Social Visión Guajira, en virtud de la suscripción con el DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA, del Contrato de Cooperación N° 002 del 2022, ha iniciado la ejecución del proyecto que tiene por objeto "INCORPORACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA", dentro del cual se realizaran diferentes actividades, entre las cuales se encuentran:

- Capacitaciones, jornadas lúdicas, talleres y jornadas pedagógicas incluye la caracterización del participante a través de la evaluación y análisis de su situación. actual, personal y de su entorno familiar, la evaluación de sus competencias básicas, personales y familiares.
- Capacitación sobre empoderamiento y exigibilidad del derecho de las personas.
- Inclusión laboral de las personas con discapacidad.
- Organización de mesas de trabajo con los padres o cuidadores de personas con discapacidad.
- Jornadas Lúdicas de Fortalecimiento y apropiación familiar.

En aras de trabajar mancomunadamente, solicitamos el mayor apoyo que nos pueda brindar el Municipio, en la medida que se requiere principalmente la Convocatoria de la comunidad CON DISCAPACIDAD, teniendo en cuenta que el cupo establecido dentro del Proyecto es un grupo piloto de 50 personas.

Así mismo, requiere en la medida de lo posible, se nos otorgue la Disponibilidad de un espacio con sillas, para el desarrollo de las actividades en los días que le correspondan, según el cronograma.

Atentamente,

IGUAJIRA
Social Visión Guajira
60.948-9

fonseca

EMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS
TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DEL MOLINO DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| del carmen | toncel Díaz | 3216954470. | Marian E Díaz. |
| a tocia | DIAZ EPIEYU | 3004405816 | |
| mis Pools | agudelo fonseca | 314 563 4216 | Eduara Medina |
| n yaid | silva vides | 3104 300 2054819 | Yeli Vides |
| na | Fernandez BOJO | 3022359429. | Yesica Borja |
| | Martinez | | Yesica BORJA. |
| r Jose | Hernandez solano | 3214899531 | Carmen Hernandez |
| ys amor | Aleman rincón | 3013676356 | Ufona Rincon |
| valentina | Serra Bernedy | 3203222493 | Jadis Pitre |
| carmen | Camargo fernandez | 3206290508 | Eneldis Camargo |
| 84 | fernandez yifaona | 3206290508 | Yeleny Fernandez |
| n Manuel | figueroa Arregoce | 3006782258 | Yeiley figueroa |

IGUAJIRA
Social Visión Guajira
50.9489

**LEMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DE FONSECA DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Andrés | Currillo Vuelvo | 302 399 7968 | Jhoan Currillo |
| a Andrea | Mendoza | 3046520742 | Tatiana Andrea |
| Carolina | Chamorro Mejia | 3242611198 | Jolia Chamorro |
| ol | Rocha Medina | 3042247067 | Selena Rocha |
| de Jesus | Castro Medina | 3042227067 | Didolamit Medina |
| ia María | Añez Fernandez | 3217040429 | Lucidia Mª Añez Fdez |
| Antonio | Fernade | 3022324615. | Johana Camargo |
| Jairo | Fernande | 3022324615 | Johana Camargo |
| Andres | molina Robles | 3045885123 | yamileth Robles |
| et | Arevigo Nieves | 3145445697 | yamileth Arevigo |
| a | | 3012480417 | Encuesta. |
| Luna | Sierra Morales | 6045302822 | Maria Morales |
| ma | martinez | 3023266985 | Rosangela cortes |
| s | Rincones | 3242322681 | ANDRES RINCONES. |
| | Garcia Diaz | 3126415985 | Juan García |
| Juliana Pinto | Pinto Rios | 321 6973889 | Luzdeiris Peralta |
| Añez | Rosado | 3106391866 | Mauris Añez |

IGUAJIRA
Social Visión Guajira
50.9489

**LEMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DE FONSECA DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Del carmen | Camargo Fernandez | 3205977998 | Eneidis Camargo |
| s victoria | Caseres colero | 3127460723 | Jasira Caseres |
| ANTONIO | FERNANDEZ. A. | 3007338752 | LUIS. A. FERNANDEZ |
| | Fernandez A | 320 629 05 08 | Yuleisy fernandez |
| ith P | Pimienta olivero | 321 604 35 96 | |
| Brito | Brito Blanco | 320 777 17 36 | Elisa Brito |
| del Espino | Bolaño Fernandez | 3126859124 | |
| glas lopez | lopez acosta | 311 661 6593 | Angela Lopez |
| Marina | Torres Mendoza | 3135645603 | Alba Marina Torres |
| Patricia | Acosta Gamez | 318 299 9694 | Johana Acosta |
| | contrera obregon | 3217677298 | Keis Contra |
| Fonseca | Fonseca | 302 456 0067 | |
| valentin | Bera Barmudez | 320 722 1483 | Jadis Pitre |
| Brito | Deavila Brito | 3015747661 | |
| n Paola Arapoke | Arapoke pitre | 3012989779 | Darlin Paola Arapoke |
| ria | AMAYO | ~~3012989779~~ 322 790 8645 | Victoria Amaya |

IGUAJIRA
Social Visión Guajira
50.948-9

LEMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS
TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DE FONSECA DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| erzón r | Diaz Herrera | 3126923317 | elizabeth Herrera |
| n Rafael | Liconol Peralta | 3136795645 | |
| hi | Coro Toncel | 3008459375 | Esfabon Cel Rincones |
| Fernandez | Fernandez Solano | 3105812719 | Yokelis Mª Fernandez |
| dara Carrillo nieves | Carrillo nieves | 301 397 4071 | Janira Begoña Carrillo |
| do Royero molina | Royero molina | 320 641 6882 | Jesualdo Royero molina |
| Jose | padilla navarro | 3013218992 | |
| na Sierra | Sierra morales | 3025302822 | |
| | Becerra | 3012013093 | Altamira |
| ana Andrea | Alandete Tabarda | 3012013093 | Altamira tabarda |
| a Guerra | Guerra | 3016363744 | Lidubina Guerra |
| Arito Cujia | Arito Cujia | 3145627970 | Yolenis cujia fernandez |
| n | martines | 3023361485 | Rosangela cortes |
| io Mª Añez Fdez | Añez Fernandez | 3217040429 | Eufrasia Mª Añez Fdez |
| n de Jesus | Castro Medina | 3107257327 | Didier David Medina |
| n Segundo | carrillo martine | 3004007623 | YOIMER BY martine |
| na Patricia | Rocha Medina | 3107257322 | Selena |

IGUAJIRA
Social Visión Guajira
50.9489

**LEMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DE FONSECA DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| tildes Suarez | Suarez | 3217578594 | Bertildes Suárez |
| en Amaya | Amaya | 3014399467 | Noarmen Amaya |
| | Torres/Mendoza | 3135645603 | Alba M Torres |
| Douglas | lopez Acosta | 311 6616593 | Douglas Lopez |
| Andres | Molina Robles | 3045885123 | yesibeth Robles M. |
| Rosa | Morales de Martinez | 3147888581 | Dalia R. Morales. |
| del Carmen | Camargo Fernandez | 3206290508 | Encidis camargo |
| Ivey. | Pove | 3166520245 | ENRIQUE |
| ANTONIO | Fernandez A | 3007338752 | LUIS. A. F. |
| ma Maria Mieles | Mieles | 3216954505 | Leonmaria Mieles |
| Granados | Granados | 312803 1209 | Berta Granados |
| Pinto | Olivero | 3210433596 | Yudith Pinto |
| Rosario | Brito Blanco | 320 7771136 | Elsa Brito |
| | Becerra | 3205017191 | Jorge Becerra |
| Ethar Iniegas | Arciniegas | 3145445697-3043375 | Yamileth Arciniegas |
| Rafael Rincones | Pacheco | 3046824377 | Elder |
| Lynett | Mateus Ferreira | 3013667858 | Mateus |

IGUAJIRA
Social Visión Guajira
50.948-9

LEMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS
TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DE FONSECA DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Alberto | Mendez Paz | 3036 61858 | |
| Andres | Carrillo Vallejo | 302 399 7968 | |
| Sofia | Campuzano Carrillo | 302 399 7960 | |
| is | Fonseca | 302 456 0067 | |
| mira | Fragoso | 301 201 3093 | |
| am Blanchar | Ianchar | 3014873998 | |
| in Ramirez | Ramirez | 3073667358 | |
| Alexander | Marin Gutierrez | 3147439388 | |
| ka Nuñez | Lorena Garcia | 3014732955 | |
| Vespes | Urbaez Martinez | 3146904797 | |
| ALAIN | Paredi Nuñez | 3003565866 | |
| N. Caro | Gamez | 3044676131 | |
| Royero | Arosta Gomez | 26996367 | |
| Patricia | Acosta Gomez | 318 299 9694 | |
| juliana | pinto Rios | 321 697 3889 | |
| Esther | Añez Rosado | 310 639 1866 | |
| is caseres | Colero | 3127460723 | |

IGUAJIRA
Social Visión Guajira
50.948-9

**LEMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DE FONSECA DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| ar Alexander | Marin Gutierrez | 324 2404 690 | Richar marin Gutierrez |
| ian. CaRO | | 3044676131 | Christian. CaRO |
| sar | Rios Herrera | 3126923317 | Elioneth Herrera |
| s. ALAIN. | paradi. Nuñez-paradi | 3103565866 | paradi-paradi |
| eTharciniegas | Arciniegas | 3 | Yamileth arciniegas |
| an Blanchar | Blanchar | 3014873998 | Wilian Blanchar |
| in Ramirez | Romero | 3013667858 | Marelcin Ramirez |
| Paola | Amaya Pitre | 3012989779 | Darlin Paola |
| Lynett | Mateus fereira | 3013667858 | Lynett Mateus |
| Alberto | Mendez Paz | 3013661858 | |
| l Jesney | Urbaez Martinez | 3146904297 | Ramel urbaez |
| da Lorena | Nuñez Garcia | 3014732955 | Katherine nuñez |
| t enrique | martinez cortez | 3023361985 | Rosangela cortez |
| Liberto P | Pbanilla Brito | 3015747661 | Alberto |
| da Elena | Rojero Gamez | 3108944860 | Viviana Rojero |
| oria Amalia | Victoria Amaya | 3227908545 | Victoria Amaya |
| r Rafael | Rincones Pacheco | 3046824377 | Eider |

IGUAJIRA
Social Visión Guajira
50.948-9

**EMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DE FONSECA DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Y | fernandez Alfaro | 320 629 0508 | Yulexy fernández A. |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

IGUAJIRA
Social Visión Guajira
50.948-9

**LEMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DE FONSECA DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Ler | Fernandez Pitoroa | 320 629 050 B | Yuleisy Fernández |
| f | Ortiz de Barcenegro | 3003297158 | Tony Carlo |
| | Becerra | 3205017191 | Marjori Becerra |
| Rosario | Brito Blanco | 320 777 1136 | Elisa Brito |
| ouglas | Lopez Acosta | 311 661 6593 | Douglas Lopez |
| del Carmen | Camargo Fernandez | 3206290508 | Eneidis Camargo |
| clorinda | Carrillo Nieves | 3013974071 | Yanitza Bayuelo C |
| ge Luis | Rivera | 321 914 5737 | Jorge Luis |
| K. ALAIN | Rivaparodi-Nuñez | 3103565866 | NAINES K. parodi |
| | martinez cotes | 3023361985 | Rosangela cotes |
| ethArciniegas | Arciniegus | 3145445697 | YamilethArciniegas |
| | PADILLA | 3073218992 | Luis PADILLA |
| am Blanchar | Blanchar | 3014873998 | William Blanchar |
| a Andrea | Mendoza fragoso | 3012013093 | Andrea fragoso |
| a Mª Nuñez Peinado | Nuñez Fernandez | 3217040429 | Lucinda Mª Nuñez Fdez |
| de Jesus | Castro Medina | | Dido Medina |
| ne Patricia | Rocha Medina | | Dido Medina |

IGUAJIRA
Social Visión Guajira
50.948-9

**LEMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS A TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DE FONSECA DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| lajira | Torres Mendoza | 3135645603 | Alba Molina |
| er zón | Diaz Herrera | 312 6923317 | elarath Herrera R |
| ty Ana | Pimienta olivero | 3216043596 | |
| ra Maria N | Mieles | 3216981505 | |
| ldo | Royero molina | 320 6416882 | Leonaldo Royero |
| dis esther | Fonseca crismac | 3024560067 | Yulmis Vallejo |
| Jairo | Fernandez Bula | 3137341768 | |
| s Lizbeth | Bula Guerra. | 3136733763 | Leinis Lizbeth |
| Mendoza | Mendoza | 3157207761 | yeris Mendoza |
| ester | Cuniga | 3172382835 | Linda Zuniga |
| is | Campuzano | 3023997968 | Adelina Carrillo |
| Andres | Castillo | 3023997968 | Johan Castillo |
| Jairo | De La Hoz | 3178715066 | Jhon de la hoz |
| los | Rosa Rada | 3116964198 | Juan Carlos |
| és felipe Martinez | Martinez Herrera | 3186185763 | Andres Martnez |
| Levith. | Calderon Pacheco. | 3003503028 | Yarley calderon |
| ina | Sierra Morales | 3045302822 | Yamit Sierra |

IGUAJIRA
Social Visión Guajira
60.948-9

**EMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DE FONSECA DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| ith Dayana | Pimienta olivero | 3216043596 | Yuderth Pimienta |
| na Maria Isabel | Miguel | 3216933505 | Yesmina Miguel |
| arlos | Acosta Rada | 1.004.308 443.3116961 | Gladis Rada Ríos |
| | carrillo | 3023997968 | Johan Carrillo |
| Sofia | campo rondo | 3023997968 | Yoyo Sofia |
| uglas Lopez | Lopez Acosta | 311 661 6593 | Douglas Lopez |
| erzon | Diaz Herrera | 312 692 3317 | Elizabeth Herrera |
| Rosario | Brito Blanco | 312 7771136 | Elisa Brito |
| Maria | Añez Fernandez | 3217040429 | Lucidia Maria Añez |
| | Sierra Morales | 3046302827 | Yuvimar Morales |
| | PADILLA | 3013218992 | LUIS PADILLA |
| Mendoza | Martinez. | 3008528283 | Estrella Mendoza |
| ANAF | Fernandez Bula | 3137347758 | Jose Fernandez |
| | De la Hoz | 312 8150 66 | JH CH |
| Rivo | martinez | 3145085584 | Esperanza martinez |
| Torres | Torres Mendoza | 3135644603 | Alba M Torres |
| Alfredo | Chamorro Pushaina | 3215197188 | Alfredo Pushaina |

FUNVIGUAJIRA
Social Visión Guajira
60.9489

**EMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DE FONSECA DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Isabel | Restan Molina | 3046824377 | |
| Rafael | Rincones Pachelo | " | Eider |
| 64 | Fernandez Altamo | 320 629 05 08 | Yuleisi Fernández |
| Patricia | Arocha | 3223077536 | Selena |
| do jesus | Cortes Hodeno | 3223077536 | Dida Hodeno |
| ALBÍN | pared. NUÑEZ | 3108565866 | NORASKI-pared |
| ian-CARO | | 3044676131 | CRISTIAN CARO |
| ethArginiegas | Arginiegas | 3145445697 | YamilethArginiegas |
| m Blanchar | Blanchar | 3014873998 | William Blanchar |
| Licona P | Licona Peralta | 3135795645 | Elbis Peralta P |
| na Andrea | Mendoza | 3012013093 | Altamira Fragoso |
| | Becerra | | Margot Becerra |
| DA | ZUÑIGA | 317 238 2835 | Linda Ester |
| | Juliana | 3216973889 | Shayrol Juliana Pinto |
| is Yanez | Yañez | 3106391866 | 56056017 |
| del carmen | Camargo fernandez | 3206290608 | Yeneidis Camargo |
| s Mendoza | Mendoza | 3157217261 | Yerlis Mendoza |

IGUAJIRA
Social Visión Guajira
50.9489

LEMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DE FONSECA DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| n clara | Carrillo nieves | 3013974071 | Yaditza Bayuelo Carrillo |
| do | Royero molina | 3042269127 | Desiderio Royero molina |
| to C. | Jimenez Duarte | 3012706304 | Heidy Duarte |
| ys Esther | Fonseca Crismec | 3043169258 | Yulmis vallejo |
| s Lizbeth | Bula Guerra | 3136233163 | Leidis Bula |

IGUAJIRA
Social Visión Guajira
50.9489

**LEMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DE FONSECA DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| | Carrillo Bello | 3023997968 | Yohana |
| in Sofia | campagna Carrillo | | Adelina Carrillo |
| Rosario | Brito Blanco | 370 777 7136 | Elisa Brito |
| glas | lopez Acosta | 311 6616593 | S. Angela Lopez |
| ón Diaz Herrera | Diaz Herrera | 3176975317 | elianeth Herrera Rueda |
| jose | Padilla Navarro | 3013218992 | LUIS JOSE PADILLA N |
| do | Rojero molina | 304 2269127 | Jesualdo Rojero molina |
| LUIS | Rivera Lopez | 321 814 5437 | |
| | martinez collins | 3023361985 | Rosangela cantes |
| Rafael | Rincones Pacheco | ~~1120744546~~ | Eider |
| el harciniegas | Arciniegas | 3145445697 | Yamil el harciniegas |
| in | Ramirez | 3018667858 | Marelsa Ramirez |
| DO YOO Game | | 3108944860 | Viviana Rojero Game |
| Isabel | Bestan molina | 3046824377 | Ana Bestan |
| . ALAIN | parodi-Nuñez | 3103545866 | Noreski-parodi |
| | De la Hoz | 3078750 66 | JUAN DE LA HOZ |
| | Pimienta | 3216043596 | Yandelis Pimienta |

IGUAJIRA
Social Visión Guajira
50.948-9

**LEMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DE FONSECA DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| 159 | fernandez Alfaro | 320 629 05 08 | Yeleisy Fernandez A. |
| Alfredo | charrino allon | 3215197188 | Kelvis Allon |
| na | Sierra Morales | 3045302822 | |
| n Rafael | Licona Peralta | 3135798545 | Elvis E Peralta J |
| ay Andra | Mendoza | 3017073093 | tatiana |
| ría Amalia | Amaya | 5003463777 | Victoria Amaya |
| m Blanchar | Blanchar | 3014873998 | William Blanchar |
| s Esther | Fonseca Crismar | 3043169258 | Yolmis Vallejo |
| del carmen | Camargo Fernandez | 3206790508 | Eneidis Camargo |
| los | Acosta Roda | 3116964198 | Jhon Carlos Acosta |
| a M | Torres Mendoza | 3135605603 | Albaft Torres M |
| | Becerra | | Yurgot Becerra |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

IGUAJIRA
Social Visión Guajira
0.9489

Molino

EMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS
TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DEL MOLINO DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| erardo | Diaz Arias | 300 687 8758 | Emma Arias |
| Alberto | Diaz Arias | 300 687 8758 | Emma Arias |
| Marina | Ortiz Martinez | 300 627 7986 | ANA MARTINEZ |
| Eduardo | Acosta Jimenez | 3168703855 | |
| Felipe | Garcia Vega | 3008035983 | Edel Felipe |
| | | 3726587 85 | Rita Acosta |
| Catalina | Maestre | 3016236264 | Rosa Maestre |
| A | Acuña Diaz | 3002404095 | Keiny Diaz |
| Jose | Soarez Peñal | 3 | Keiny Soarez. |
| el | Castro Suarez. | 3042184512 | Elsy Soarez |
| nturio Gonzalez | Gonzalez Gonzalez | 3008813450 | |
| Antonio | Barreto Plata | 310 714 3475 | |
| Montenegro | montanezo | 17973941 3126979988 | |
| Sofia | Gonzalez Morales | 3006733924 | Edilsa Gonzalez |
| Castro | Castro Morales | 316 660 2640 | Graciela Castro |
| Elena | Diaz Marzal | 3142907765 | Carmen Elena D |
| Castañeda | Castañeda Suarez | 3164796232 | |

IGUAJIRA
Social Visión Guajira
50.948-9

Molino

**LEMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DEL MOLINO DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Antonio | Ospino | 3234666906 | Ospino |
| salino | Salinas Montero | 3015514102 | |
| | Cone SOLOS | 3706923903 | |
| J. Gonzalez O. | Gonzalez Quiroga | 3045975562 | Mailen Quiroga |
| | Medina | 3215078003 | |
| | Medina Epinayu | 3218494612 | Juan Molina |
| Luis | Mendoza Alcantara | 300 3997475 | Jaime Luis Mendoza |
| felipe | Mendoza Alcantara | 300 399 7495 | Andres Felipe Mendoza |
| Jose | Mendoza Gonzalez | 300 399 7475 | Rafael Mendoza |
| | | | |
| DAVID | ISEA GARCIA | 3205852586 | Dayan Zapata |
| n Kenio | Carrillo Cone | 3706923903 | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

IGUAJIRA
Social Visión Guajira
50.948-9

Molino

LEMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS
TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DEL MOLINO DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| eo Antonio | Borroto Plata | 3107IN 3475 | |
| petit | Petit Navarro | 3014977723 | |
| a Esther | Avendaño Baquero | ~~3014977723~~ 3016439137 | |
| n Junior | Carrillo Gomez | 3106922903 | |
| Gerardo | Diaz Arias | 300 687 8758 | Emma Arias |
| Alberto | Diaz Arias | 300 687 8758 | Emma Arias |
| Castro | Cotes Morales | 316 660 2614 | |
| Marina | Ortiz Martinez | 300 627 7985 | Ana Martinez |
| de Jesus | montenegro | 3126972948 | |
| Eduardo | Acosta Jimenez | 3218703895 | |
| Katherine | Acuño Diaz | 300 240 4095 | Keina Diaz |
| José Ivan M. | Ibarra Martinez | 3046641907 | |
| de Margarita | Gonzalez Diaz | 3142907765 | Carmen E Diaz |
| Alejandro castros | Suarez | 3042184512 | Elsy Elena Suarez |
| Jose | Orozco | 3003485591 | Aurelio José Orozco |
| | Epieyu | 3182398804 | Maria epieyu |
| Alejandra | Diaz epieyu | 3233168583 | Hanol Diaz epieyu |

IGUAJIRA
Social Visión Guajira
50.948-9

EMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS
TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DEL MOLINO DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| il Do | de la Hoz Diaz | 3233168583 | Gloria Diaz epsp |
| el Alejandro | castro suarez | 304 218 4512 | Elsy Elena Suarez |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Correo: funviguajira@outlook.com Cel.: 3008895271
Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira

IGUAJIRA
Social Visión Guajira
50.948-9

**LEMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DEL MOLINO DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| lys | Castro Morales | 316 660 2640 | |
| ia | Ariel Zabal Baquero | 301 643 9737 | |
| | Ruth NAVARRO | 3015626959 | |
| Eduardo | Acosta Jimenez | 3218703855 | |
| Antonio | Barreto Plata | 310 714 3475 | |
| da | Gomez | 3706929903 | |
| KATHERINE | ACUÑA DIAZ | 3002404095 | |
| a maría | Ramírez mag[illegible]. | 3107113806 | |
| ne Margarita | Gonzalez Diaz | 3142907765 | |
| Alberto | [illegible] | 3015514102 | |
| Alberto | Diaz Arias | 300 687 8758 | |
| Gerardo | Diaz Arias | 300 687 8758 | |
| Karina | Costanceda Suarez | 3144796232 | |
| Rafael Mendo | Mendoza Gonzalez | 3003997475 | |
| Luis Mend | Mendoza Maestre | 3003997475 | |
| Luis) Andres Felipe | Mendoza Maestre | 3003997475 | |
| Epieyu | Epieyu | 3182399904 | |

IGUAJIRA
Social Visión Guajira
50.948-9

**LEMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DEL MOLINO DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| ofol | Mendoza | 300 399 7475 | Jairi eborto |
| Luis | Mendoz eborto | 300 399 | Jairi eborto |
| Felipe | Mendez | 300 | Jairi eborto |
| E | Epieyu | 318 239 8904 | Jairi E |
| o | Hedelina Epieyu | 321 507 8003 | Edwin Lo M |
| | Hedelina Epieyu | 311 402 45 23 | Juan |
| ldo | Cocuye | 3106922903 | Eduardo |
| a Yunior | Carrillo Cohen | 3106922903 | Hermon |
| Andrés | Gaviria Patt | 321 695 7973-311 751 6460 | Juan G. Gaviria |
| el Alejandro | Castro Suarez | 304 218 45 12. | Elsy Elena Suarez. |
| Antonio | OSpino Saurith | 323 46 66 906 | Erwin |
| monteneg | Montenegro | 3126972998 | |
| José | Ibana Medina | 3046647902 | |
| Jose | Pevet Rincones | 3046252700 | obeivis Jose Perez R. |
| Jose | Oroco | 3003455591 | Aurelio Oroco |
| Jose | Acosta Montero | 312 312 2987 | Luis Acosta |
| a Yunio | Carrillo | 3106922903 | Eduardo |

IGUAJIRA
Social Visión Guajira
50.9489

**LEMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DEL MOLINO DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| o | Aldeiro epinoyo | 523507 8003 | Eduardo epinoyo |
| Aldivia | Aldivia epinoyo | 311 402 45 23 | |
| Marina | Ortiz Martinez | 300 627 79 85 | ANA MARTINEZ |
| r Yunior | corrillo Gomez | 3706922903 | |
| Antonio | Ospino Sovirth | 323 466 69 06 | |
| lys | Castro Morales | 316 660 2640 | Jacelys Castro |
| Katherine | ACUÑO DIOZ | 300 2404095 | Kaina DIOZ |
| | petit NAVARRO | 3015626939 | |
| ia Esther | Arotizabal Baquero | 307 643 9737 | |
| nsrés | Guerra Patty | 321 695 1973-3117516460 | |
| eduardo | Acosta Jimenez | 3218703855 | |
| maria | Ramirez maestre | 3107113806 | Delka Ramirez |
| ev Luis Rovira | Castañeda S | 3144796237 | |
| ne Margarita | Gonzalez Diaz | 314 2907765 | carmen E Diaz |
| Antonio | Barreto Ortiz | 310 714 3475 | |
| Jose | Perez Rincones | 3046252700 | |
| Joo | Ibana Martinez | 3046642902 | |

IGUAJIRA
Social Visión Guajira
50.948-9

**LEMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DEL MOLINO DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Antonio | Barreto Plata | 310 714 3475 | |
| Eduardo | Acosta Jimenez | 321 870 38 55 | |
| Yuides | Arias Diaz | 302 382 2912 | |
| Yip Castro | Castro Morales | 315 696 1751 | |
| Esther | Aristizabal Baquero | 302 643 9737 | |
| | Salinas Acosta | 3006589319 | |
| | montemiguo | 3126972998 | |
| | Ruth | 3015626959 | |
| Rosado Diaz | Rosado Diaz | 3014248247 | |
| Katherine | Acuña Diaz | 3002404095 | |
| | Epieyu | 3182398804 | |
| mario | Ramirez maestre | 3107113806 | |
| elin Alexi | Nieto Escobar | 300 730 9386 | |
| Enrique Co | Calderon Perez | 3183814984 | |
| del Rosario Duarte | Duarte Calderon | 3183814984 | |
| Elena | Suarez carrillo | 304 218 45 12 | |
| nan Juan | carrillo gomez | 310 692 29 03 | |

IGUAJIRA
Social Visión Guajira
50.948-9

**LEMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DEL MOLINO DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| | Medina Epinayu | 3124024523 | Juan Medina |
| do Luis | Medina | 3215079008 | Eduardo Medina |
| Rafael | Mendoza | 3003997475 | Irant Mendoza |
| Luis | Mendoza | 3003997475 | Jamie Mendoza |
| Felipe | Mendoza | 300 3997475 | Irant Mendoza |
| Alejandro | Diaz epinayu | 3233168583 | Maria Alejandra Diaz |
| l | De la Hoz Diaz | 3233168583 | Maria Alejandra Diaz |
| ose | Acosta Montero | 312372987 | Luis Acosta |
| io Jose | Orozco | 3003455591 | Aurelio |
| Gerardo | Diaz Arias | 3006878758 | Emma Arias |
| Alberto | Diaz Arias | 3006878758 | Emma Arias |
| n mui ño | | 3775451677 | bidson mui ño |
| ne Margarita | Gonzalez Diaz | 3142907765 | Carmen Diaz |
| ernando Acosta | Acosta Hernando | 3123122987 | Luis Hernando A |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

IGUAJIRA
Social Visión Guajira
50.948-9

**LEMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DEL MOLINO DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Antonio | Barreto Plata | 3107143475 | |
| Leonardo | Acosta | 9518703865 | |
| Luz | Castro Mendoza | 315 696 1754 | |
| ia Aristizabal | Aristizabal Baquero | 301 643 9737 | |
| Katherine | Acuña Diaz | 300 240 4095 | Keiny Diaz |
| Acosta M | Acosta | 3123122987 | |
| mi niño | Medina Montero | 7797277013775844677 | Dielson mi niño |
| Epio | Epiayu | 318 2398804 | Mario E. |
| ine Margarita | Gonzalez Diaz | 3142907765 | carmen g Diaz |
| Salinas | Salinas | 3015514102 | Luz Angelica |
| Gerardo | Diaz Arias | 300 6878758 | Emma Arias |
| Alberto | Diaz Arias | 300 6878758 | Emma Arias |
| Luis | Medina Epinayu | 3215078002 | Edwin |
| | Medina Epinayu | 3114024823 | |
| a Yunio | corrillo Gom | 3706922903 | |
| Marina Ortiz | Ortiz Martinez | 3006228985 | ANA MARTINEZ |
| mortenes | Josemontenegro | 3126972998 | |

IGUAJIRA
Social Visión Guajira
50.948-9

**LEMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS A TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DEL MOLINO DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| f Acosta | Acosta | 312 312 2987 | Luis Acosta |
| a maría | Ramírez maestre | 3107113806 | Dalia Ramirez |
| o jose | ortiz | 3003485891 | AJ Reyes |
| | petit | 3013626959 | milagros |
| lis Esteban | castañeda suarez | 914479627z | |
| lopez | lópez Amaya | 314 479 62 32. | Yairo lopez |
| r Antonio | Ospino Saurith | 5232666906 | Elsy |
| d Alejandro | castro Suarez | 304 218 45 12. | Elsy Elena Suarez. |
| a Del Rosario | Duarte Calderon | 3183814954 | Gloria del Rosario Duarte |
| | Mendoza Maestre | 3008974475 | |
| | Mendoza Maestre | 3008997475 | Yamit Maestre |
| rafael | Mendoza Gonzalez | 3008997475 | |
| alejandra Diaz | Diaz Ricke | 3233168583 | María Diaz |
| yeli | De la hoz Diaz | 3233168583 | Mayic Diaz |
| Fajardo y | fatty Medina | 3217471226 | Alberto petit |
| lida | Arias Díaz | 3023822912 | Luz mibida Arias |
| os Enrique | Calderón Perez | 3183814954 | Telmo Calderón |

IGUAJIRA
Social Visión Guajira
50.948-9

LEMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS
TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DEL MOLINO DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| el Rosad | DIAZ | 3014249249 | Luigel Rosado |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

VIGUAJIRA
Social Visión Guajira
50.948-9

**LEMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DEL MOLINO DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel.: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

IGUAJIRA
Social Visión Guajira
50.948-9

**LEMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DEL MOLINO DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel.: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

IGUAJIRA
Social Visión Guajira
50.948-9

Malonuevo

**LEMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DEL MOLINO DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| n Fidelina | Pushaina | 3153931296 | Carmen F P. |
| Patricia | Arregocez Ramirez | 3116508458 | Lilo Arregocez |
| g Enrique | Amaya mpa | 3046228820 | |
| Javier Villero Quiroz | Villero Quiroz | 3046226539 | Obour Javier Villero |
| Lo Rafael | Alvear Ojeda | 3225302581 | Jomzo |
| SAM ARREGOCE | Bazlo | 3113097744 | Nolvis Lozano |
| to Jose | Amaya Yuliana | 5006232061 | Alfredo Amaya |
| Andres | Ortiz Acosta | 3015722447 | Andres P |
| cardona | cardona de la Rosa. | 3207457432 | Dany Ramos |
| OR RAUL | FAFUR Barboa | 315.7973587 | Victor |
| Impreso | Paradin | 3154910151 | |
| | Gonzalez Siem | 3165264140 | Rafael |
| na Josefina | Arregoces | 3135766226 | Esperanza Josefina Arregoces |
| | Mascaro | 3234425177 | Jose Mascaro julio |
| el | Reyes España | 3024568382 | Mariangel Reyes España |
| Jose | Cervantes Pinedo | 3115717862 | |
| el Gomez Sanchez. | Gomez Sanchez | 1176463342/3127467620 | |

IGUAJIRA
Social Visión Guajira
60.948-9

Malonuevo

**EMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DEL MOLINO DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Mavin | Mesa Martinez | 3205707998 | Dolibeth Martinez |
| Jogobelo | Arevalo Tobar | 3017134066 | Gabriela Arevalo |
| | Sanchez Indira | 3073849469 | Carmen Sanchez |
| elipe Dizzeth -A- | Dizzeth Alvarez. | 300.8448383. | Yazmin Alvarez. |
| | | 302 387 3941 | |
| -y/> opela Alvarez | | 3167661765 | |
| der | Opela | 3506594220 | Brayan Ospino |
| es Romero | Jose Ortega | 3163455915 | Jesus Martinez |
| ulla Gomez | Gaer Ortiz | 3163455913 | |
| : Campiz Gavirria | Campiz Gavilia | 3007459444 | Zahaden J. Gamez J. |
| s de Jesus Cardona Gome | Cardona Gomez | 3013629299 | Digneles Cardona |
| Rafael | comargo Ortiz | 3014087556 | |
| Dassia | mendoza | 317 8079393 | |
| | Castillo Martinez | 3024063248 | |
| via Osorio Acosta | Osorio Acosta | 3146202721 | Eleuteria Osorio |
| Jose Ipuana 6 | Ipuana 6. | 3122580627 | Neimar Ipuana |
| Jose | Brasilu Pushaina | 3197760370 | Dilan Jose Brasilu Pushaina |

IGUAJIRA
ión Social Visión Guajira
750.9489

Hatonuevo

**PLEMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SU A TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DEL MOLINO DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

| ES | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| n Paola | Tomas fernandez | 3135402010 | FISA |
| th Belen Castro | | 3133234573 | Ludelio Conrado |
| Andres I | Flores Pinzaranda | 3016194529 | Sandra Patricia Pinzaranda |
| r Enrique | Diaz Ortiz | 3005905548 | Jaider Diaz |
| Dayana | ORTIZ EPIAYUL | 3016735386 | Wayuus ortiz |
| s Mario | PEREZ DCOSTO | 3235769882 | |
| ria Ruiz | Ana Maria RUIZ | 3 | Ana Maria |
| Alfredo | Rodriguez Costo | | Uber Alfredo |
| patricia | Arregocés Ramirez | 3116503458 | Lilia Arregocés |
| en Fidelina | Yasheina Gonzalez | 3153931296 | Jasmen |
| ando ponce pinedi | Ponce Pinedi | 3022463199 | |
| Ojeda | Ojeda Rivero | 3023435334 | |

IGUAJIRA
Social Visión Guajira
50.948-9

Hatonuevo

**LEMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DEL MOLINO DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Andrés | Acuña Ortiz | 3015722442 | Maribel Pizana |
| elipe. | Dayeth Alvarez | 3008448383 | Lezeciden Alvarez S. |
| Dayana | ortiz Epiayu | 3016735386 | NAYELIS ORTIZ E |
| Enrique | Diaz ortiz | 3005905548 | Jaider Diaz |
| | Castello Martinez | 3024063248 | |
| | Gonzalez Sierra | 3185264440 | Alexa chon Bonn |
| or RaÚl | tatur Barba | 315.797.35.82 | Victor |
| DRIGOCES | DRIGOCES LOPEZ | 311 309 7344 | NOHELIS LOPEZ |
| Rafael | camargo Ortiz | 84 104 336 3214087556 | |
| Garcia | mendoza | 3400504731780793 | |
| ny Duarte | Duarte | 3114384600 | Yovany |
| es de Jesus | Cardona Gomez | 3013629299 | Sandy cardona. |
| r Jose | Cervantes Penaloza | 3215717862 | Nadesh fequer |
| r Javier | Villero Olivo | 3046226539 | Lucelly Olivo |
| Jose | Guariyu Pushaina | 3197760370 | Yesi H Pshaina P. |
| Alfonso | Campiz Gavira | 3007459494 | Zahelw Bayin E. |
| ell Romero | Dios | 3022636833 | Maribel |

IGUAJIRA
Social Visión Guajira
50.948-9

H/U0

**LEMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DEL MOLINO DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| lo | Sanchez Mejia. | 3013849469/3024369504 | Blanco Alvarez |
| Romero | Romero Gabriel | 3163455915 | |
| uth Cami | Cami Ofid | 3163455915 | |
| o enrique | Anaya Mejia | 3046228820 | |
| l Jael | Gomez Sanchez | 3127462620 | |
| José | Maria Epiayu | 3122580627 | |
| os Mario | Perez Acosta | 3235769892 | Fany Acosta |
| | Castro Carrio | 3132344573 | Lidelia Carrillo |
| nue( D. VERGARA | Garcia | 3044812143 | Norella Enrique |
| | Ojeda Tarra | 3023435334 | |
| Ricardo | Fonseca Ojeda | 3008854422 | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

IGUAJIRA
ón Social Visión Guajira
750.948-9

**PLEMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS A TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DE HATONUEVO DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

| S | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| sDayana | ortiz | 3016735386 | NarelisDayanaortize |
| r Enrique | Diaz ortiz | 3005905548 | Jaider Diaz |
| ys fernandez | fernandez cervantes | 3145717862 | Graciela Fernandez |
| gonzalez | gonzalez sierra | 3175264140 | Raul gonzalez |
| ued D vergara | vergara garcia | 3044812143 | Nombre y firma |
| - David | Bexera Brito | 3136256547 | David Brito |
| Javiel Cirllero Q | Cirllero Quiroz | 3046226589 | Jaridis Quiroz |
| del | Reyes España | 3024568382 | Mildreth Reyes |
| Romero Diaz | Romero Diaz | 3022363833 | Maribel Romero |
| OR RAÚL | FAFU- Barba | 315.797.3587 | Victor |
| SAMARGOCES | ARGGOCES LOSIUS | 3113097744 | NOLVIS LOSIUS |
| go | Ortiz Aleña | 3015722447 | MARBEL P |
| L | Mascaro | 3234425177 | José |
| s | Castillo Martinez | 3024063248 | |
| des de Jesus | Cardona Gomez | 3013629299 | Sandy Cardona T. |
| Jose | Iguana Epinto | 3122580621 | |
| enrique | Amara Mejia | 3046229820 | |

**LEMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DE HATONUEVO DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| tt | Romero Diaz | 3022363833 | Maribeth Romero |
| patricia | Arregocez Ramirez | 3116503468 | Lilia Arregocez |
| naArregoces | ramires | 3135766226 | Josefina Arregoces |
| gel Reyes | Reyes España | 3024568382 | Milaret H Reyes España |
| el Vergara | Garcia | 3044892743 | Emanuel Vergara |
| jose peñaloza | Peñaloza | 3115717862 | Nedis fernandez cercantes |
| nx Duarte | Duarte Vidal | 3114388400 | |
| Enrique | Diaz Ortiz | 3005905548 | Jaider Diaz |
| Dayana | ortiz Epiayu | 3016735386 | Nayelis ortiz |
| de Jesus | Cardona Gomez | 3013629799 | Sandy Cardona T. |
| | epiayu Pushaina | 321 8056925 | Carmen Pushaina |
| n D | Hoza Diaz | 3164697562 | Fernando Hoz |
| ofe | Ofed Perez | 3023435334 | Elvia Ofed |
| Pardo | Arregocez Ofed | 3004885422 | Cielo Arregocez |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

VIGUAJIRA
Social Visión Guajira
50.9489

**LEMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS A TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DE HATONUEVO DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Dayana | ortiz Epiayú | 3016735386 | Nayelis Dayana ortiz E |
| | sanchez mejía | 3013949469 | carmela sanchez |
| in Raquel | Pinto Brito | 3182711916 | Antonia Brito |
| elin catalan | catalan | 56053091 | Jackelin catalan |
| an David | [illegible] | 3113097744 | [illegible] |
| elipe. Dizzeth A. | Dizzeth Alvarez. | 321 81178 56-300 8448 | Luceida Alvarez. |
| Miguel. | García Mendoza. | 84.00504 2-3178079 | |
| | iguana Epiayú | 3122580627 | |
| ony | Duarte vidal | 3114384600 | |
| Jose | Guariyu Pushaina | 3197760310 | Yeisi Yelena Pushaina P. |
| ndo | Meza Diaz | 3164682557 | |
| do | Aucan | 3046228420 | Anibo Aucan |
| Paula | Tomas Hernandez | 3135402010 | Elza Hernandez |
| aul | Becerra Brito | 3182709700 | Jose David Becerra B |
| Alfredo | Rodriguez Costa | 3042223880 | |
| Enrique | Aurora Epiayu | 3046228820 | |
| Alfonso | Campit Gaviria | 3007459494 | Zahaluna Gaviria P. |

VIGUAJIRA
n Social Visión Guajira
50.948-9

**LEMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS A TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DE HATONUEVO DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Felipe | Dizzeth Alvarez | 321 811 7856 - 3008448385 | Lizeth Alvarez |
| Andres | Ortiz | 3015722445 | Maria Pajaro |
| Nubia | Estrada Abel | 3163455915 | |
| ces Asmed | Romero Estrada | 316 345 5915 | |
| Esmed | Gaviria Estrada | 316 345 5915 | |
| ela | Sanchez | 315-797-3587 | caguilla sanchez |
| or Raul | Farfan Barba de los reyes | 3234425177 | Victor Elka |
| SAM | ARGOTES | 3113097744 | |
| Miguel | Garcia Arteaga | 3178079393 | |
| ulia Catalan | catalan | 3008196896 | Jackelin |
| ri Javier | Utrero Quiroz | 3046226539 | Jairides Quiroz |
| Alvaro | Ipuana Ojeda | 3004885422 | ejelio Ipuana |
| a | Ojeda Romero | 3023435334 | Elena Ojeda |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**LEMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS A TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DE HATONUEVO DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| tor J Cervantes | penaloza | 3115717862 | Nedys E Fernandez Cer |
| ge J Sofia | Reyes España | 3024568382 | Mildreth Reyes España |
| David Becerra B | Becerra Brito | 3182709700 | |
| | Castillo Martinez | 3024063248 | |
| Patricia | Arregoces Ramirez | | Arregoces |
| Javier | Villero Quiroz | 3046226539 | Sandra Quiroz |
| | Ayala Rivera | 3023435334 | Yelena Ayala |
| Padres Ortiz Hoyo | Ortiz Hoyo | 3015722447 | Yarbel Pizano |
| nasa Josefina | Arregoces Ramires | 3135766226 | Esperanza Josefina |
| Enrique | Diaz Ortiz | 3005905548 | Jaider Diaz Ortiz |
| Dayana | ortiz EPIAYU | 3016736386 | Nayelis ortiz epiayu |
| | Yleza Diaz | 3164695557 | Fernando |
| enrique | Amara Noja | 3046228820 | |
| s de Jesus | Cardona Gomez | 3013629299 | Sandy Cardona |
| DAVID | Vergara Garcia | 5044812745 | Emanuel Vergara |
| elipe | Dizzett Alvarez | 3218117856 - 3008448383 | Luzeida Alvarez. S. |
| ny Duarte | Duarte Vidal | 3114384600 | Yovanis |

IGUAJIRA
Social Visión Guajira
50.948-9

**LEMENTACION DE PROGRAMA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DE PADRES CUIDADORES DE NIÑO PARA EL EJERCICIO DE SUS A TRAVES DEL ENFOQUE RBC EN EL MUNICIPIO DE HATONUEVO DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

| | APELLIDOS | TELEFONO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Alfonso | Campit Gaviria | 300 745 9494 | |
| | Romero Diaz | 302 236 [illegible] | |
| Mascaro | Mascaro Julio | 3234725177 | |
| | Sanchez | 3073849469 | |
| | Zamarro Ortiz | 3214087556 | |
| Miguel | Mendoza | 3178079393 | |
| | Baena Ojeda | 3004885422 | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Carmelo Sanchez Mejia

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 49,692.165

**SEXO:** (F) M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 18/11/1962 **EDAD:** 60 años

**DIRECCION:** Calle #16-75 **BARRIO:** Barrio la union

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) (ACUEDUCTO) (LUZ) (ALCANTARILLADO) (GAS)

**TELEFONO:** 3013849469

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** (FISICA) INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:**

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Presento Polio desde los 7 años

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** (SI) NO

**CUAL UTILIZA:** Muletas

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Modistería

**QUE INSUMOS NECESITA:** Telas, Hilos, Tijeras y otros

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 49.692.185

SANCHEZ MEJIA

APELLIDOS

CARMELA

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-FEB-1962

LA JAGUA DE IBIRICO
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

22-JUL-1980 AGUSTIN CODAZZI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-4800900-00585156-F-0049021185-20171129 0058532150A 3 4790243 2



# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| CARMELA | | SANCHEZ | MEJIA |

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: 49692185

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S

2.2 Fecha

| Año | Mes | Día |
|---|---|---|
| 2021 | 8 | 3 |

2.3 Departamento

LA GUAJIRA

2.4 Municipio

HATONUEVO

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

| | | |
|---|---|---|
| Físico | 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 | 0.00 |
| Movilidad | 50.00 |
| Cuidado Personal | 50.00 |
| Relaciones | 0.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 13.89 |
| Participación | 18.75 |
| GLOBAL | 22.11 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b280.2 b710.2 b730.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s750.263 s770.260

3. Codigos Actividades y Participación

d410.2 d4154.2 . d4501.2

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma | |
|---|---|---|---|
| CARLOS JULIO NEGRETE FUENTES | Psicología | Carlos Negrete | CC-1065203739 |
| MARIA FERNANDA DAMIAN RUMBO | Fisioterapia | María Fernanda Damián | CC-1065838148 |
| HUSSEIN ENRIQUE TORRES RAMIREZ | Medicina | Hussein Torres | CC-17973937 |

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *CARMELA SANCHEZ MEJIA*

manifiesto que: *SI*

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

Nombre y Firma

49692165

Documento: CC-49692165

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

*SI*

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*

*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Joel Sam David Arregoces Leiza

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C (T.I) CC

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.122.813.473

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 30/12/2008 **EDAD:** 14 años

**DIRECCION:** Cll 11B #20-71 **BARRIO:** 20 de Julio

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR (ARRENDADA)

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) (ACUEDUCTO) (LUZ) (ALCANTARILLADO) (GAS)

**TELEFONO:** 3113097744

**EPS:** AIC **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA / INTELECTUAL / SENSORIAL MULTIPLE Microcefalia

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Microcefalea

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Nacimiento

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Madre

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI (NO)

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Ventas de Frito

**QUE INSUMOS NECESITA:** Varios, Vitrinas

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** (SI) NO

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*



FECHA DE NACIMIENTO 30-JUN-2008
BARRANCAS
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
30-JUN-2026 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
12-DIC-2015 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

P-4900000-00881082-M-1122813473-20170925 0054644608A-1- 48580000

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.122.813.473
ARREGOCES LOAIZA
APELLIDOS
JOCTSAM DAVID
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA



# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| JOCTSAM | DAVID | ARREGOCES | LOAIZA |

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: 1122813473

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S

2.2 Fecha

| Año | Mes | Día |
|---|---|---|
| 2021 | 8 | 3 |

2.3 Departamento

LA GUAJIRA

2.4 Municipio

HATONUEVO

## 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 | 54.17 |
| Movilidad | 10.00 |
| Cuidado Personal | 25.00 |
| Relaciones | 25.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 25.00 |
| Participación | 35.71 |
| GLOBAL | 29.15 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b110.2 b117.2 b164.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.273 s3203.274

3. Codigos Actividades y Participación

d155.2 d175.3 d920.1

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Dizzett Alvarez Luis Felipe

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C (T.I) CC

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.065.590.486.

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 11 Nov 2005 **EDAD:** 16

**DIRECCION:** CNZ1 #13-18 **BARRIO:** 15 de Febrero

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR (ARRENDADA)

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) ACUEDUCTO (LUZ) (ALCANTARILLADO) (GAS)

No

**TELEFONO:** 3008448383 - 3218117856

**EPS:** Nueva EPS **REGIMEN:** Subsidiada

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL (MULTIPLE)

**TIPO DE DISCAPACIDAD:**

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

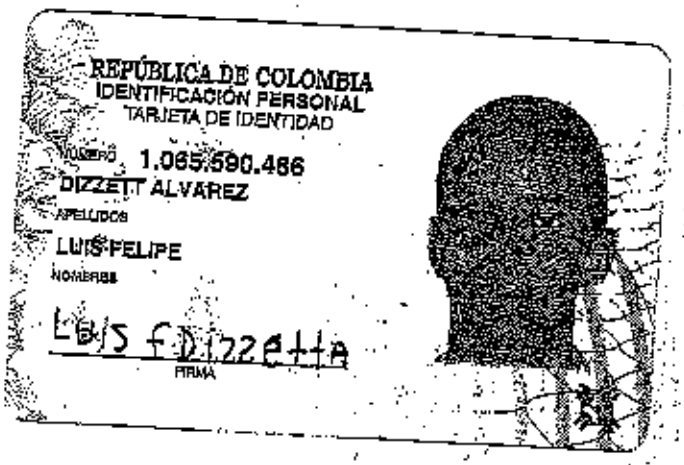
**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Vendedora de Productos Empanizados y Dedito's

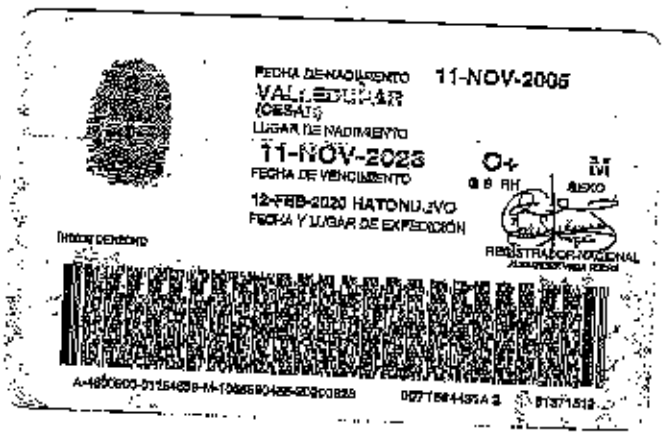
**QUE INSUMOS NECESITA:** Harina, Aceite, Mantequilla y otros

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.065.590.466
DIZZETT ALVAREZ
APELLIDOS
LUIS FELIPE
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-NOV-2005
VALLEDUPAR
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
11-NOV-2023
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G.S. RH
M
SEXO
12-FEB-2020 HATONUEVO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| LUIS | FELIPE | DIZZETT | ALVAREZ |

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: 1065590456

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación
centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S

2.2 Fecha

| Año | Mes | Día |
|---|---|---|
| 2022 | 4 | 29 |

2.3 Departamento
LA GUAJIRA

2.4 Municipio
HATONUEVO

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Física | SI | | NO | X | |
| Visual | SI | | NO | X | |
| Auditiva | SI | | NO | X | |
| Intelectual | SI | X | NO | | |
| Psicosocial (Mental) | SI | | NO | X | |
| Sordoceguera | SI | | NO | X | |
| Múltiple | SI | | NO | X | |

## d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 70.83 |
| Movilidad | 15.00 |
| Cuidado Personal | 43.75 |
| Relaciones | 45.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 65.00 |
| Participación | 60.71 |
| GLOBAL | 50.05 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b114.2 b117.3 b122.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.278 s320.274 s398.274

3. Codigos Actividades y Participación

d175.3 d598.3 d820.3

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| JEHIBER JESUS BOTELLO CONTRERAS | Medicina | CC-1121329018 Jehiber Botello |
| MERY ELIZA JIMENEZ ZEDAN | Fisioterapia | CC-1123731228 Mery Jimenez |
| MAGDA YOHANA VENCE FRAGOZO | Trabajador Social | CC-56098236 Magda Vence |

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *LUIS FELIPE DIZZETT ALVAREZ* manifiesto que: *SI*
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Luz Celida Alvarez Sarmiento HH-783837
Nombre y Firma Documento: TI-1065590486

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 49.783.637
ALVAREZ SARMIENTO

APELLIDOS
LUZCEIDA

NOMBRES
Luzceida Alvarez S.

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 16-FEB-1976
VALLEDUPAR
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

06-FEB-1998 VALLEDUPAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

A-0500900-0187201-F-0049783637-20071207

0077283253 2

8502880524

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:** 10/08/2022

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Maribeth Romero Diaz

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I C.C X

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 26986695

**SEXO:** F X M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 08/Jul/1957 **EDAD:** 64 años

**DIRECCION:** Calle 148 #19-111 **BARRIO:** El Carmen.

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 02

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR X ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO X ACUEDUCTO X LUZ X.

ALCANTARILLADO X. GAS. X.

**TELEFONO:** 3022363833

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** Subsidiada

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA X. INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Atrofia en la pierna derecha

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Polio.

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI X. NO

**PARENTESCO:** Hija.

**NIVEL EDUCATIVO:** 5 = Primaria

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI X. NO

**CUAL UTILIZA:** Muletas

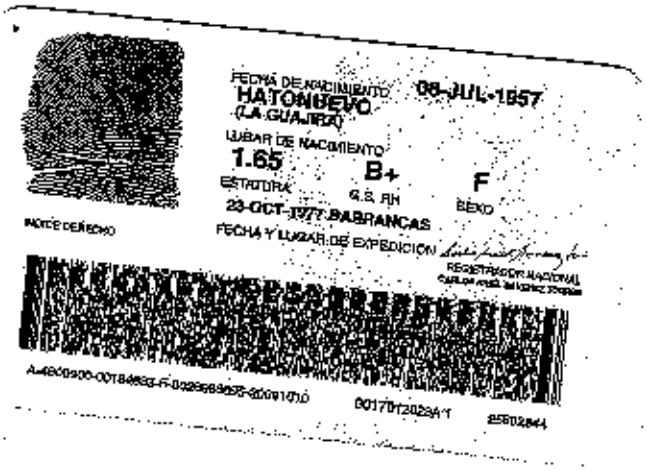
**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI X. NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Modistera - manualidades.

**QUE INSUMOS NECESITA:** Maquina de Coser - Hilos telas - tijera

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI X. NO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
ROMERO
MARISETH


FECHA DE NACIMIENTO
08-JUL-1957
HATONUEVO
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
B+
G.S. RH
F
SEXO
23-OCT-1975 BARRANCAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

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 |
|---|---|---|---|
| MARIBETH | | ROMERO | DIAZ |

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 26986695

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S

2.2 Fecha

| Año | Mes | Día |
|---|---|---|
| 2021 | 8 | 25 |

2.3 Departamento

LA GUAJIRA

2.4 Municipio

HATONUEVO

## 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 | 0.00 |
| Movilidad | 75.00 |
| Cuidado Personal | 50.00 |
| Relaciones | 0.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 58.33 |
| Participación | 50.00 |
| GLOBAL | 38.89 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b730.3 b7301.3 b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s7501.361 s770.371 s7701.371

3. Codigos Actividades y Participación

d4602.3 d598.2 d879.3

La salud es de todos | Minsalud

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma | |
|---|---|---|---|
| CARLOS JULIO NEGRETE FUENTES | Psicología | Carlos Negrete | CC-1065203739 |
| MARIA FERNANDA DAMIAN RUMBO | Fisioterapia | María Fernanda Damian | CC-1065838148 |
| HUSSEIN ENRIQUE TORRES RAMIREZ | Medicina | Hussein torres | CC-17973937 |

### g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *MARIBETH ROMERO DIAZ* manifiesto que: *SI*
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Maribeth Romero Diaz — 26986695
Nombre y Firma — Documento: CC-26986695

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Thiago Andres Ortiz Acuña

**TIPO DE IDENTIFICACION:** (RC) T.I C.C

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1-121.305.80[illegible]

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 9 de J 2017 **EDAD:** 5 años 3

**DIRECCION:** Cll 23A # 9-17 **BARRIO:** Nogalito 3

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) (ACUEDUCTO) (LUZ) (ALCANTARILLADO) (GAS)

**TELEFONO:** 3015722447

**EPS:** AIC **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA (INTELECTUAL) SENSORIAL MULTIPLE Epilepsia

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Epilepsia

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Fiebres Altas

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO

**PARENTESCO:** Madre

**NIVEL EDUCATIVO:** Preescolar

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Venta de Fritos, Gaseosa

**QUE INSUMOS NECESITA:** Harina, Aceite y otros

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** (SI) NO

La salud es de todos

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| THIAGO | ANDRES | ORTIZ | ACUÑA |

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: 1121305802

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

entro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S

2.2 Fecha

| Año | Mes | Día |
|---|---|---|
| 2021 | 12 | 11 |

2.3 Departamento

LA GUAJIRA

2.4 Municipio

HATONUEVO

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | | NO | X |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | | NO | X |
| Intelectual | SI | X | NO | |
| Psicosocial (Mental) | SI | | NO | X |
| Sordoceguera | SI | | NO | X |
| Múltiple | SI | | NO | X |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.1 b163.1 b330.1

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.188

3. Codigos Actividades y Participación

d133.1 d137.1 d2500.1

La salud es de todos

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| ENRIQUE EUSEBIO PINTO MAESTRE | Psicología | CC-1083017002 Enrique Pinto |
| EDIANIS LISBETH ACOSTA CAMPO | Fisioterapia | CC-1121328539 Edianis L |
| JEHIBER JESUS BOTELLO CONTRERAS | Medicina | CC-1121329018 Jehiber Botello |

### g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *THIAGO ANDRES ORTIZ ACUÑA* manifiesto que: *SI*

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

Jeremis Acuña — Nombre y Firma

1121305164 — Documento: RC-1121305802

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.*

*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.121.305.164**

**ACUÑA PIZANO**

APELLIDOS

**YEREMIS LISET**

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-ABR-1998**

**BARRANQUILLA**
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

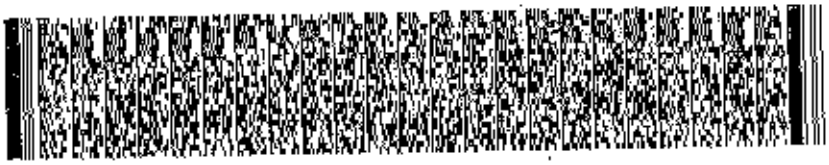
**1.54**
ESTATURA

**O+**
G.S. RH

**F**
SEXO

**11-MAY-2016 HATONUEVO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



P-4900900-00838289-F-1121305164-20160630 0050298113Q 1 45996062

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.121.305.802

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54076343

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 5 B

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE HATONUEVO - COLOMBIA - LA GUAJIRA - HATONUEVO

Datos del inscrito

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| ORTIZ | ACUÑA |

Nombre(s)

ANDRES

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2017 Mes MAY Día 09 | MASCULINO | O | POSITIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA LA GUAJIRA SAN JUAN DEL CESAR

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 139062017 |

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ACUÑA PIZANO YEREMIS LISET

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.121.305.164 | COLOMBIA |

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ORTIZ IPUANA REYNALDO JOSE

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.121.304.279 | COLOMBIA |

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ORTIZ IPUANA REYNALDO JOSE

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 1.121.304.279 | REYNALDO ORTIZ |

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2017 Mes MAY Día 30 | JORGE DAVID OJEDA FONSECA REGIS |
| | Nombre completo |
| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
| REYNALDO ORTIZ | |
| Firma | Nombre y firma |

ESPACIO PARA NOTAS

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Hector Jose Cervantes Peñaloza

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 84.101.391

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 31/01/1963 **EDAD:** 59 Años

**DIRECCION:** Calle 3 Carrera 13 **BARRIO:** Ramon Luque

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR (ARRENDADA)

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO X ACUEDUCTO X LUZ ✓

ALCANTARILLADO X GAS X

**TELEFONO:** 311 571 7862

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** Subcidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL ✓ SENSORIAL MULTIPLE ✓

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Retardo Mental

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Nacimiento

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Hermana

**NIVEL EDUCATIVO:** Primaria

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI (NO)

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Trabajo en campo - Criadero de pollo

**QUE INSUMOS NECESITA:** Gallinas ponedoras, Purina ponedora, Vitaminas, anjeo, Valdes

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** (SI) NO

La salud es de todos

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| HECTOR | JOSE | CERVANTES | PEÑALOZA |

1.5 Documento de Identidad

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

Número de documento de identidad: 84101391

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha Año | Mes | Día |
|---|---|---|---|
| centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S | 2021 | 12 | 10 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | HATONUEVO |

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | | NO | X |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | | NO | X |
| Intelectual | SI | | NO | X |
| Psicosocial (Mental) | SI | X | NO | |
| Sordoceguera | SI | | NO | X |
| Múltiple | SI | | NO | X |

## d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 70.83 |
| Movilidad | 35.00 |
| Cuidado Personal | 50.00 |
| Relaciones | 50.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 45.00 |
| Participación | 75.00 |
| GLOBAL | 54.31 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

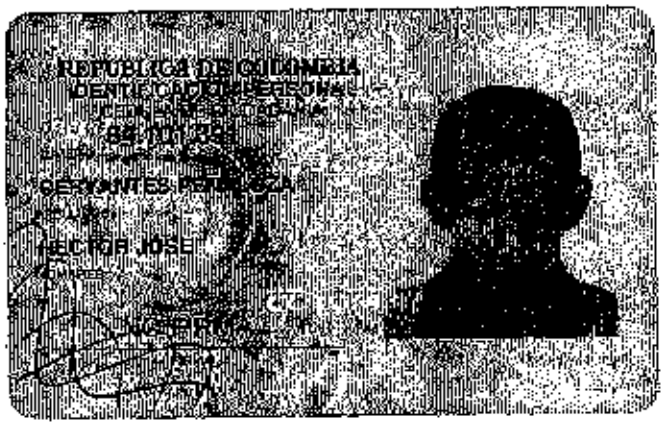
b1140.3 b164.3 b167.3

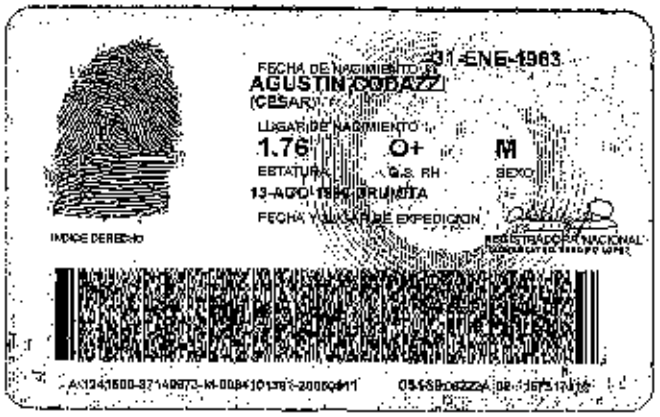
2. Codigos Estructuras Corporales

s110.370 s3200.370

3. Codigos Actividades y Participación

d155.3 d598.2 d879.3


REPUBLICA DE COLOMBIA
CERVANTES
HECTOR JOSE


31-ENE-1963
AGUSTIN CODAZZI
(CESAR)
1.76
O+
M
13-AGO-1981 BRUNETA
REGISTRADOR NACIONAL

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Nayelis Dayana Ortiz Epiayu

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (CC)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.120.738.878

**SEXO:** (F) M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 11 X 2001 **EDAD:** 21 años

**DIRECCION:** Cll 18 # 21-48 **BARRIO:**

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR (ARRENDADA)

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) (ACUEDUCTO) (LUZ) (ALCANTARILLADO) (GAS)

**TELEFONO:** 3005905548

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** (FISICA) INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE Pie equino

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Pie equino

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Nacimiento

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Ventas de Dulces y Mekatos

**QUE INSUMOS NECESITA:** Dulces y Mekatos,

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** (SI) NO

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| NAYELIS | DAYANA | ORTIZ | EPIAYU |

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 1120738878

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha Año | Mes | Día |
|---|---|---|---|
| centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S | 2021 | 6 | 28 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | HATONUEVO |

## 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 | 0.00 |
| Movilidad | 75.00 |
| Cuidado Personal | 43.75 |
| Relaciones | 0.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 60.00 |
| Participación | 53.13 |
| GLOBAL | 38.65 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b260.2 b710.3 b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s7502.363 s770.373 s810.271

3. Codigos Actividades y Participación

d4154.3 d4501.3 d879.3

[redacted]

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma | |
|---|---|---|---|
| CARLOS JULIO NEGRETE FUENTES | Psicología | Carlos Julio Negrete | CC-1065203739 |
| MARIA FERNANDA DAMIAN RUMBO | Fisioterapia | Maria F. Damian | CC-1065838148 |
| HUSSEIN ENRIQUE TORRES RAMIREZ | Medicina | Hussein Torres | CC-17973937 |

### g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *NAYELIS DAYANA ORTIZ EPIAYU* manifiesto que: *SI*

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

Nayelis Dayana Ortiz Epiayu 1120738878

Nombre y Firma

Documento: CC-1120738878

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.120.738.878
ORTIZ EPIAYU
APELLIDOS
NAYELIS DAYANA
NOMBRES

Nayelis Ortiz
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-OCT-2001
FONSECA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
07-NOV-2019 HATONUEVO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

P-4800900-01130729-F-1120738878-20200206 0069971512A 2 48176081

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:** 10/08/2022

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Diomedes de Jesus Cardona Gomez

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I CC X

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1121303885

**SEXO:** F M X

**FECHA DE NACIMIENTO:** 05/MAY/1995 **EDAD:** 27 años

**DIRECCION:** Calle 29 #12-37 **BARRIO:** Villa Linda

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 02

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA X FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO X ACUEDUCTO X LUZ X

ALCANTARILLADO X GAS X

**TELEFONO:** 3013629299

**EPS:** Sanidad Militar **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA X INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Trauma Craneoencefalico Severo

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Accidente de transito

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI X NO

**PARENTESCO:** Hermano

**NIVEL EDUCATIVO:** Tecnico.

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO X

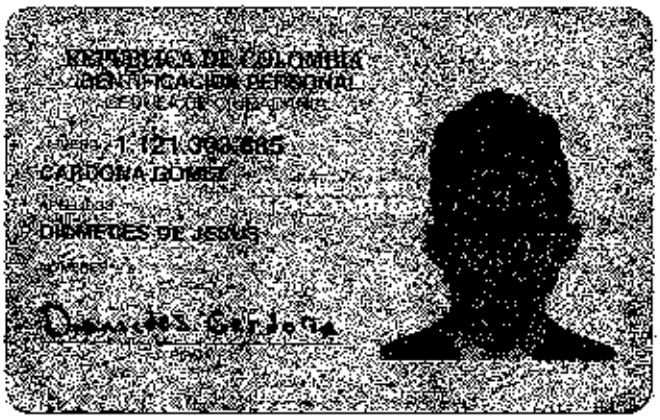
**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI X NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Belleza - Estetica.

**QUE INSUMOS NECESITA:** Plancha, Secador, Productos de belleza para cabello y uñas

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI X NO



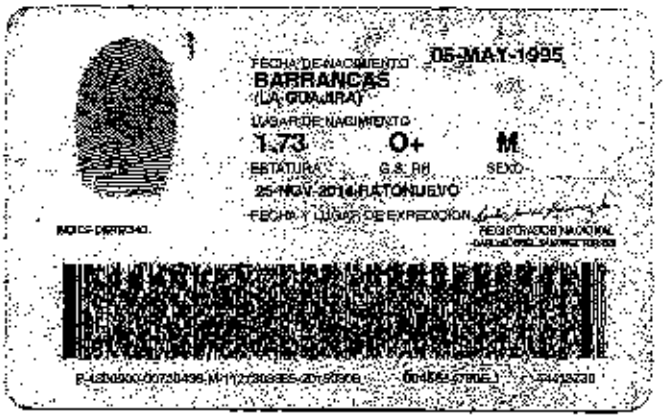
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.121.[illegible].685
CARDONA GOMEZ

APELLIDOS
DARWERGES DE JESUS

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-MAY-1995
BARRANCAS
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
25-NOV-2014 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** ~~Hatonuevo~~ **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Job Zumeth Gaviria Estrada

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C (T.I) C.C

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.122.410.215

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 26/01/2013 **EDAD:** 9 Años

**DIRECCION:** calle 4~~-11~~-11-53 **BARRIO:** Ramon Luque

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR (ARRENDADA)

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO ACUEDUCTO LUZ ALCANTARILLADO GAS

**TELEFONO:** 316 345 59 15

**EPS:** Dusakawi **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Retardo en desarrollo del lenguaje

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Nacimiento

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Mamá

**NIVEL EDUCATIVO:** Tecnico

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI (NO)

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Fotocopiadora

**QUE INSUMOS NECESITA:** Fotocopiadora, hojas Resmas, Corta papel, grapadora grapas, tijeras, saca grapas

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** (SI) NO

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| JOB | ZUMETH | GAVIRIA | ESTRADA |

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: 1122410215

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S

2.2 Fecha

| Año | Mes | Día |
|---|---|---|
| 2021 | 12 | 11 |

2.3 Departamento

LA GUAJIRA

2.4 Municipio

HATONUEVO

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | X | NO | |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | | NO | X |
| Intelectual | SI | X | NO | |
| Psicosocial (Mental) | SI | | NO | X |
| Sordoceguera | SI | | NO | X |
| Múltiple | SI | X | NO | |

## d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 20.83 |
| Movilidad | 0.00 |
| Cuidado Personal | 0.00 |
| Relaciones | 0.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 27.50 |
| Participación | 64.29 |
| GLOBAL | 18.77 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b167.1 b330.2 b810.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.188 s7104.274

3. Codigos Actividades y Participación

d161.2 d820.2 d910.2

[redacted]

**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

## f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| CARLOS JULIO NEGRETE FUENTES | Psicología | CC-1065807239 Carlos Negrete |
| WESLY PLATA SIERRA | Medicina | CC-1121328589 wesly plata |
| ISAILIS MARIA MAESTRE BENJUMEA | Trabajador Social | CC-1121336822 |

## g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

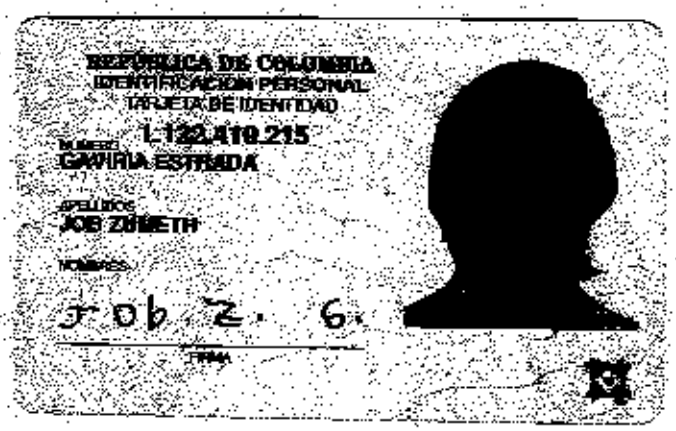
Yo, *JOB ZUBETH GAVIRIA ESTRADA* manifiesto que: SI

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

Nombre y Firma SI — 56076086
Documento: TI-1122410215

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

*El certificado de discapacidad no se expedirá como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez*


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NUMERO
1.122.410.215
APELLIDOS
GAVIRIA ESTRADA
NOMBRES
JOB ZIMETH
Job Z. G.
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 26-ENE-2013
SAN JUAN DEL CESAR
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
26-ENE-2031 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
08-OCT-2020 HATONUEVO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** Cesar

**NOMBRES COMPLETOS:** Jose Alfonso Campiz Gaulia

**TIPO DE IDENTIFICACION:** (R.C) T.I C.C

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1137895606

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 26/7/2015 **EDAD:** 7

**DIRECCION:** Calle 25 #10A-19 **BARRIO:** Nogalitos 2

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) ACUEDUCTO (LUZ) (ALCANTARILLADO) (GAS)

**TELEFONO:** 3007459494

**EPS:** Dusakawi **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE Tipo Plano Conjunto

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Tipo Plano Conjunto

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI (NO)

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:** 2 Primaria

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Tejedora (Mochilas Wayuu)

**QUE INSUMOS NECESITA:** Lana de ovejo, chivo, calderos grandes cucharones, cucharas, recipiente para los dulces y comida

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.137.875.606

Indicativo Serial 54582414

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D N E

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA ESPECIAL DE EMERGENCIAS LAURA DANIELA - COLOMBIA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| CAMPIZ | GAVIRIA |

Nombre(s)

JOSE ALFONSO

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2015 Mes FEB Día 25 | MASCULINO | O | POSITIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

COLOMBIA CESAR VALLEDUPAR

| Tipo de documento antecedente o Declaración de nacido vivo | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO DE NACIDO VIVO | 58610412-5 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos

GAVIRIA ESTRADA ZAHALUUA JOHANA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.065.838.091 | COLOMBIA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos

CAMPIZ DE LA RANS VICTOR ALFONSO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.042.419.850 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

CAMPIZ DE LA RANS VICTOR ALFONSO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 1.042.419.850 | Victor Campiz De La Rans |

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2015 Mes MAR Día 02 | YULMA CAROLINA [illegible] - RE |

Nombre y firma

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Victor Campiz De La Rans | |

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

# 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 | ALFONSO | CAMPIZ | GAVIRIA |

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: 1137875806

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S

| 2.2 Fecha | | |
|---|---|---|
| Año | Mes | Día |
| 2021 | 12 | 10 |

2.3 Departamento

LA GUAJIRA

2.4 Municipio

HATONUEVO

## 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 | 25.00 |
| Cuidado Personal | 12.50 |
| Relaciones | 10.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 27.50 |
| Participación | 25.00 |
| GLOBAL | 20.83 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b715.1 b730.1 b740.1

2. Codigos Estructuras Corporales

s750.173 s7502.273

3. Codigos Actividades y Participación

d4154.1 d4501.1 d4602.1

La salud es de todos · Minsalud

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| LILIA MANUELA LESPORT FERNANDEZ | Medicina | CC-1032386359 |
| MARBEL TATIANA CONTRERAS DANGOND | Fonoaudiología | CC-1121337009 |
| YOBANA PATRICIA HERNANDEZ CARRILLO | Terapia ocupacional | CC-26988872 |

### g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *JOSE ALFONSO CAMPIZ GAVIRIA* manifiesto que: *SI*
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Nombre y Firma

Documento: RC-1137875606

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Jose de los reyes Mascaro Julio

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C (T.I) C.C

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.237.690.843

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 16/04/2009 **EDAD:** 13 AÑOS

**DIRECCION:** **BARRIO:** Bisas del Pozo

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO ✓ ACUEDUCTO X LUZ ✓

ALCANTARILLADO X GAS X

**TELEFONO:** 323 442 5177

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA ✓ INTELECTUAL ✓ SENSORIAL ✓ MULTIPLE ✓

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Diplejia espastica

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Mamá

**NIVEL EDUCATIVO:** Bachiller

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI (NO)

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI (NO)

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:**

**QUE INSUMOS NECESITA:**

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

# 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 | DE LOS REYES | MASCARO | JULIO |

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: 1237690843

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

entro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S

2.2 Fecha

| Año | Mes | Día |
|---|---|---|
| 2021 | 12 | 10 |

2.3 Departamento

LA GUAJIRA

2.4 Municipio

HATONUEVO

## c. CATEGORÍA 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 | 29.17 |
| Movilidad | 40.00 |
| Cuidado Personal | 12.50 |
| Relaciones | 15.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 32.50 |
| Participación | 50.00 |
| GLOBAL | 29.86 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b280.2 b7150.2 b7151.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s7300.273 s7301.163 s7302.363

3. Codigos Actividades y Participación

d155.1 d4501.2 d540.1

La salud es de todos | Minsalud

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | | Firma |
|---|---|---|---|
| ENRIQUE EUSEBIO PINTO MAESTRE | Psicología | CC-1083017002 | |
| EDIANIS LISBETH ACOSTA CAMPO | Fisioterapia | CC-1121328539 | Edianis Acosta |
| JEHIBER JESUS BOTELLO CONTRERAS | Medicina | CC-1121329018 | Jehiber Botello |

### g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *JOSE DE LOS REYES MASCARO JULIO* manifiesto que: *SI*
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Nombre y Firma

*32845190*
Documento: TI-1237690843

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

*SI*

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.237.690.843
MASCARO JULIO

APELLIDOS
JOSE DE LOS REYES

NOMBRES
Jose

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 16-ABR-2009
GUARICO-MIRANDA
VENEZUELA
LUGAR DE NACIMIENTO

16-ABR-2027 A+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

28-SEP-2020 PONSECA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NÚMERO 32.845.190
JULIO VALENCIA
APELLIDOS
ELBA MARIA
NOMBRES
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-DIC-1978
REPELON
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.47 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO
27-ENE-1999 GALAPA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

A-4600800-0109 (338-F-00328451SD-SDX80806 0087 | 997B3A 1 88294584

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Yeney Reinaldo Epiayu Pushaina

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C (T.I) C.C

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1-121.297.574

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 03/09/2005 **EDAD:** 17 Años

**DIRECCION:** **BARRIO:** Comunidad manantial grande

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO X ACUEDUCTO X LUZ X ALCANTARILLADO X GAS X

**TELEFONO:** 321 205 6925

**EPS:** Nueva EPS **REGIMEN:** Contributivo

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA ✓ INTELECTUAL ✓ SENSORIAL MULTIPLE ✓

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Retardo Mental Moderado

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Enfermedad

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Mamá

**NIVEL EDUCATIVO:** Primaria

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI (NO)

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Artesania

**QUE INSUMOS NECESITA:** Hilos, telas, Agujas de tejer, cuentas

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** (SI) NO

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| FERNEY | REYNALDO | EPIAYU | PUSHAINA |

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: 1121297574

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S

2.2 Fecha

| Año | Mes | Día |
|---|---|---|
| 2021 | 12 | 12 |

2.3 Departamento

LA GUAJIRA

2.4 Municipio

HATONUEVO

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | X | NO | |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | | NO | X |
| Intelectual | SI | X | NO | |
| Psicosocial (Mental) | SI | | NO | X |
| Sordoceguera | SI | | NO | X |
| Múltiple | SI | X | NO | |

## d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 75.00 |
| Movilidad | 75.00 |
| Cuidado Personal | 100.00 |
| Relaciones | 60.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 85.00 |
| Participación | 100.00 |
| GLOBAL | 82.50 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b710.3 b730.3 b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s730.273 s750.273 s760.273

3. Codigos Actividades y Participación

d4104.3 d4602.3 d598.4

La salud es de todos · Minsalud

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | | Firma |
|---|---|---|---|
| LILIA MANUELA LESPORT FERNANDEZ | Medicina | CC-1032386359 | Lilia M Lesport |
| MARBEL TATIANA CONTRERAS DANGOND | Fonoaudiología | CC-1121337009 | Marbel C. |
| YOBANA PATRICIA HERNANDEZ CARRILLO | Terapia ocupacional | CC-26988872 | Yobana H. |

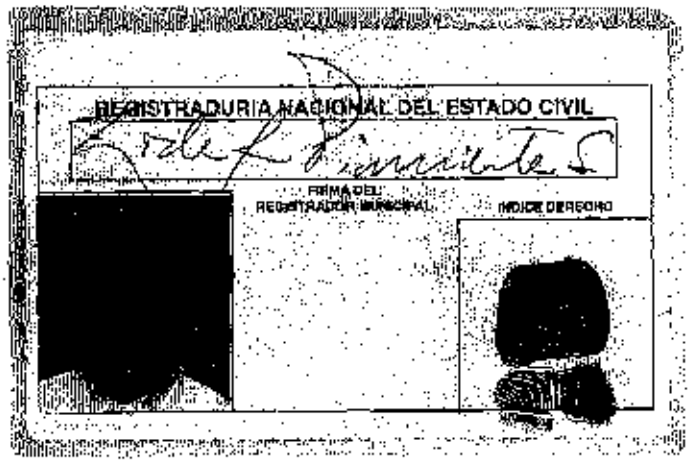
### g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *FERNEY REYNALDO EPIAYU PUSHAINA* manifiesto que: *SI*
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Carmen pushaina — 26.987.247
Nombre y Firma — Documento: TI-1121297574

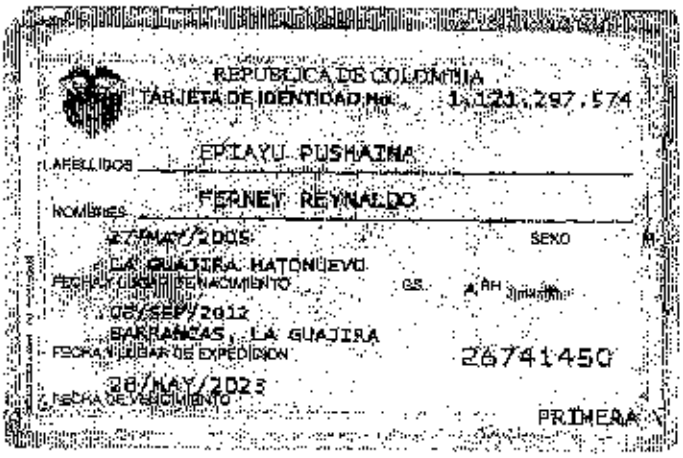
Autorizó el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la normatividad que lo regula. *SI*

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*


REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

FIRMA DEL REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO


REPUBLICA DE COLOMBIA

TARJETA DE IDENTIDAD No. 1,121,297,574

APELLIDOS EPIAYU PUSHAINA

NOMBRES FERNEY REYNALDO

27/MAY/2005 SEXO M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO LA GUAJIRA MATONIEVO GS. A RH

08/SEP/2012

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION BARRANCAS, LA GUAJIRA

26741450

FECHA DE VENCIMIENTO 26/MAY/2023

PRIMERA

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Riohacha **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Uber Alfredo Rodriguez Castro

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.122.808.631

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 18 I 1996 **EDAD:** 26 años

**DIRECCION:** C116 #13-35 **BARRIO:** Ramon Lopez

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) ACUEDUCTO (LUZ) (ALCANTARILLADO) (GAS)

**TELEFONO:** 3047223880

**EPS:** Cemafe Guajira **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA (INTELECTUAL) SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Retardo Mental

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Vendedora de Arepas y chicha

**QUE INSUMOS NECESITA:** Harina, Aceite, Maiz, Azucar

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Edis Ricardo Loaiza Ojeda

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I CC✓

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 84.007.404

**SEXO:** F M✓

**FECHA DE NACIMIENTO:** 6-julio-75 **EDAD:** 47

**DIRECCION:** Cll 14 # 20-54 **BARRIO:** 20 julio

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR✓ ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO✓ ACUEDUCTO✓ LUZ✓ ALCANTARILLADO✓ GAS✓

**TELEFONO:** 3004885422

**EPS:** Dusakawi **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA✓ INTELECTUAL SENSORIAL✓ MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Amputación dedos izquierdo, ceguera

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Enfermedad adquirida Diabetes

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI✓ NO

**PARENTESCO:** hermano

**NIVEL EDUCATIVO:** Bachiller

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI✓ NO

**CUAL UTILIZA:** Bastón

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI NO✓

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:**

**QUE INSUMOS NECESITA:**

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DEL CESAR S.A

NIT: 900016598-7

# INDICACIONES MEDICAS

Fecha de la Indicación: lunes, 29 de noviembre de 2021 3:23 p.m.

## HISTORIA CLÍNICA MEDICINA ESPECIALIZADA DE PRIMERA VEZ

| | | | |
|---|---|---|---|
| N° Historia Clínica: | 84007404 | N° Folio: 3 | Folio Asociado: |
| DATOS PERSONALES | | | |
| Nombre Paciente: | EIDIS RICARDDO LOIZA OJEDA | Identificación: 84007404 | Sexo: Masculino |
| Fecha Nacimiento: | 06/Julio/1975 Edad: 46 Años \ 4 Meses \ 23 Días | Estado Civil: Soltero | |
| Dirección: | CL. 14 # 20-54 BARRIO 20 DE JULIO ( HATONUEVO-GUAJIRA ) | Teléfono: | |
| Procedencia: | VALLEDUPAR | Ocupación: | |
| AREA DE SERVICIO: | 005 - CONSULTA CIRUGIA VASCULAR | | |
| DATOS DE AFILIACIÓN | | | |
| Plan Beneficios: | DUSAXAWI EPSI AMBULATORIO SUBSIDIADO | Nivel - Estrato: | SUBSIDIADO NIVEL 1 |
| DATOS DEL INGRESO | | | |
| Responsable: | | Teléfono Resp: | |
| Dirección Resp: | | N° Ingreso: 313410 | Fecha: 26/11/2021 |
| Finalidad Consulta: | No_Aplica | Causa Externa: | Enfermedad_General |

DATOS DEL PRESTADOR

Dirección: Carrera 16 No 16a - 42 Santana Telefonos: 5 898632 Fax: 5803094 Ciudad: Valledupar - Cesar

Salida_Consulta_Externa

Detalle:

Nombre: GERMAN ALFONSO MUNIVE MEEK
Especialidad: CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOGIA
Registro Profesional: 0250



Escaneado con CamScanner

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DEL CESAR

NIT: 900016598-7

# HISTORIA CLINICA MEDICINA ESPECIALIZADA DE PRIMERA VEZ

## CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOGIA

Folio: 3 Pagina 2/2

Fecha de Registro: 29/11/2021 03:23:14 p. m.

EXAMENES PREVIOS: ***CICATRICES OXCAS EN N°2 EN PARTE ANTERIOR DEL TERCIO MEDIO y OTRA PROXIMA A LA MUÑECA IZQUIERDA, POR FISTULAS ARTERIO VENOSAS FALLIDA TRAS 6 AÑOS DE USO
SU FISTULA SE LE DAÑO HACEN 8 MESES y DESPUES DE TENERLA 6 AÑOS; EN RAZON DE ESTO DEBE EVALUARSE POR FLEBOGRAFIA y VENOGRAFIA DEL TORAX ASI COMO CAVOGRAFIA
TIENE MAHURKAR DEL LADO DERECHO DONDE SU BRAZO DERECHO ES EL DOMINANTE***(REQUIERE AMBOS FLEBOGRAFIA) PARA PLANEAR SU RE INTERVENCION DEL MSD

ANALISIS: CICATRICES OXCAS EN N°2 EN PARTE ANTERIOR DEL TERCIO MEDIO y OTRA PROXIMA A LA MUÑECA IZQUIERDA, POR FISTULAS ARTERIO VENOSAS FALLIDA TRAS 6 AÑOS DE USO
SU FISTULA SE LE DAÑO HACEN 8 MESES y DESPUES DE TENERLA 6 AÑOS; EN RAZON DE ESTO DEBE EVALUARSE POR FLEBOGRAFIA y VENOGRAFIA DEL TORAX ASI COMO CAVOGRAFIA
CICATRICES OXCAS EN N°2 EN PARTE ANTERIOR DEL TERCIO MEDIO y OTRA PROXIMA A LA MUÑECA IZQUIERDA, POR FISTULAS ARTERIO VENOSAS FALLIDA TRAS 6 AÑOS DE USO
SU FISTULA SE LE DAÑO HACEN 8 MESES y DESPUES DE TENERLA 6 AÑOS; EN RAZON DE ESTO DEBE EVALUARSE POR FLEBOGRAFIA y VENOGRAFIA DEL TORAX ASI COMO CAVOGRAFIA

PLAN:
FAVOR AUTORIZAR:
1.-FLEBOGRAFIA DE LOS MMSS y CAVOGRAFIA SUPERIOR

2.-HEMOGRAMA-TP-TPT-

1.-NUEVA VALORACION POR Cx VASCULAR DR MUNIVE MEEK, EN EL INST CARDIOVASCULAR DEL CESAR

Impresión Diagnóstica

| Código | Nombre | Dx Principal Ppal |
|---|---|---|
| N180 | INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL | ☑ |

Plan de Manejo - FORMULA MEDICA

| Nombre | Cant | Dias durac | Observaciones |
|---|---|---|---|
| | 1 | 0 | PLAN:FAVOR AUTORIZAR:1.-FLEBOGRAFIA DE LOS MMSS y CAVOGRAFIA SUPERIOR DR. MUNIVE MEEK 0210 |
| | 1 | 0 | HEMOGRAMA-TP-TPT |
| | 1 | 0 | VALORACION PRIORITARIA por Cx VASCULAR DR MUNIVE MEEK |

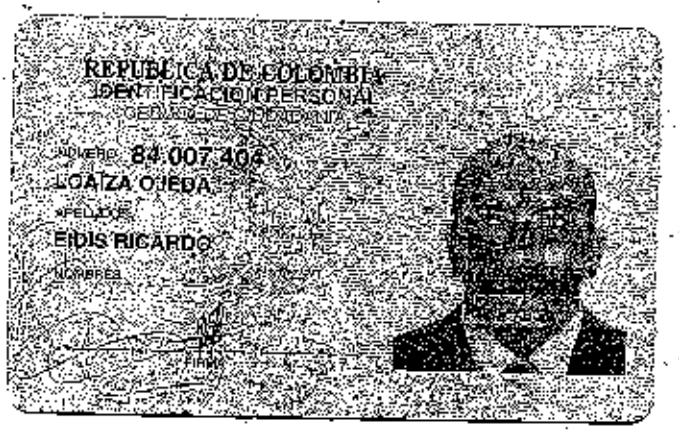
Indicaciones Medicas

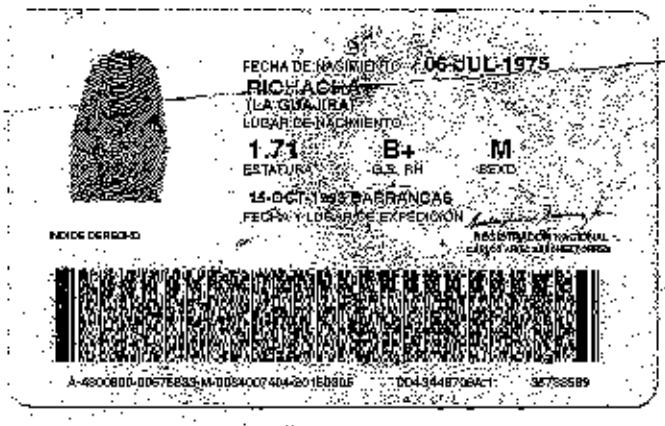
Detalle:

Nombre: GERMAN ALFONSO MUNIVE MEI
Especialidad: CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOGIA
Registro Profesional: 0210

PO A: [INSTITUTO CARDIOVASCULAR DEL CESAR] [NIT 900016598-7]

Escaneado con CamScanner


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
NUMERO 84.007.404
LOAIZA OJEDA
APELLIDOS
EDIS RICARDO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 06-JUL-1975
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.71
ESTATURA
B+
G.S. RH
M
SEXO
15-OCT-1993 BARRANCAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Carmen Mercedes Castillo Martinez

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 26.845.537

**SEXO:** (F) M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 13/07/1954 **EDAD:** 65

**DIRECCION:** Calle 9 #15-94 **BARRIO:** 3 de octubre

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO✓ ACUEDUCTO✓ LUZ✓ ALCANTARILLADO✗ GAS✗

**TELEFONO:** 302 406 3248

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA✓ INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:**

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Accidente

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI (NO)

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI (NO)

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Tejedora

**QUE INSUMOS NECESITA:** Hilos, agujas, vitrinas, visturia

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** (SI) NO

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel.: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| CARMEN | MERCEDES | CASTILLO | MARTINEZ |

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 26845531

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha | | |
|---|---|---|---|
| | Año | Mes | Día |
| centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S | 2021 | 12 | 11 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | HATONUEVO |

## 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 | 0.00 |
| Movilidad | 70.00 |
| Cuidado Personal | 31.25 |
| Relaciones | 0.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 40.00 |
| Participación | 56.25 |
| GLOBAL | 32.92 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b280.3 b730.2 b770.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s7201.270 s7600.260 s7601.270

3. Codigos Actividades y Participación

d4154.3 d4602.3 d879.3

La salud es de todos | Minsalud

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| ROSARIO KAROLINA OÑATE RUMBO | Fisioterapia | CC-1065603975 |
| ALBENIS JOSE ORTIZ ARIÑO | Fonoaudiología | CC-1120746946 |
| GABRIELA ALEJANDRA TORRES PAZ | Medicina | CE-910327 Gabriela torres |

### g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

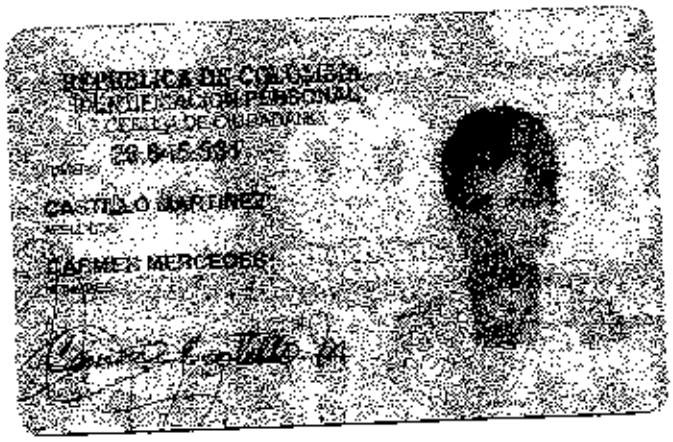
Yo, *CARMEN MERCEDES CASTILLO MARTINEZ* manifiesto que: *SI*
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

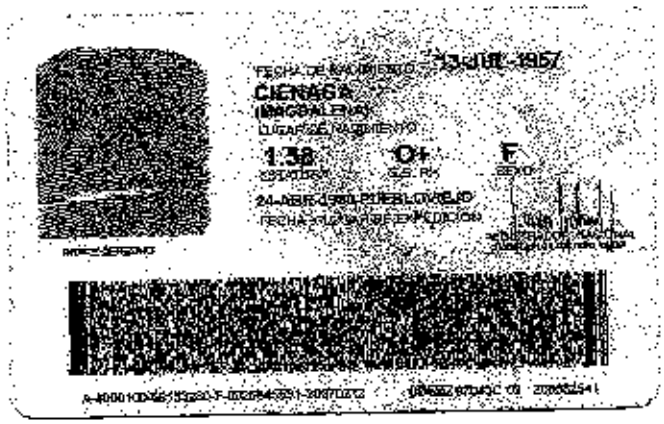
Carmen Castillo
Nombre y Firma

26845531
Documento: CC-26845531

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
CASTILLO MARTINEZ
CARMEN MERCEDES


13-JUN-1957
CIENAGA
(MAGDALENA)
138
O+
F

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Jenlin Rafael Pinto Brito

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 17.990.230

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 2 III 1983 **EDAD:** 33

**DIRECCION:** Cll 25 #12-41 **BARRIO:** Villalinda

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) (ACUEDUCTO) (LUZ) (ALCANTARILLADO) (GAS)

**TELEFONO:** 3182911916

**EPS:** ComFaguajira **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA (INTELECTUAL) SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Retardo Mental

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

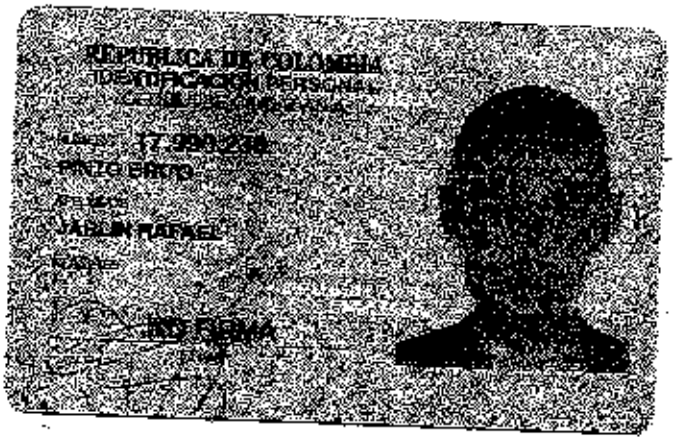
**CUAL UTILIZA:**

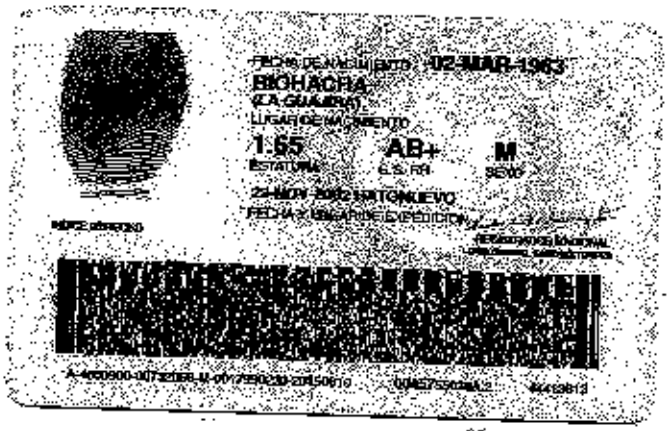
**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Vendedor de Mecatos

**QUE INSUMOS NECESITA:** Mimbres, Pinturas, Tijeras, tornillos

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
17.290.236
PINZON PINTO
JABLIN RAFAEL
INDICE DERECHO


02-MAR-1963
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
1.65
AB+
M

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| JARLIN | RAFAEL | PINTO | BRITO |

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 17990230

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

Centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S

2.2 Fecha

| Año | Mes | Día |
|---|---|---|
| 2021 | 12 | 10 |

2.3 Departamento

LA GUAJIRA

2.4 Municipio

HATONUEVO

## c. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | | NO | X |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | | NO | X |
| Intelectual | SI | X | NO | |
| Psicosocial (Mental) | SI | | NO | X |
| Sordoceguera | SI | | NO | X |
| Múltiple | SI | | NO | X |

## d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 66.67 |
| Movilidad | 0.00 |
| Cuidado Personal | 6.25 |
| Relaciones | 20.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 50.00 |
| Participación | 71.88 |
| GLOBAL | 35.80 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.3 b164.3 b167.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.370 s3200.270 s3203.270

3. Codigos Actividades y Participación

d161.3 d175.3 d879.3

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Daireth Peralta Carrillo

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.122.817.943

**SEXO:** (F) M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 10/02/1991 **EDAD:** 34 AÑOS

**DIRECCION:** calle 30 Manzana 10B **BARRIO:** Mayalitos 1

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO ✓ ACUEDUCTO ✓ LUZ ✓ ALCANTARILLADO ✓ GAS.

**TELEFONO:** 3154907051

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE ✓

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Cardiopatia congenita

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Nacimiento

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Mamá

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** (SI) NO

**CUAL UTILIZA:** Compañia permanente.

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Heladeria

**QUE INSUMOS NECESITA:** Helado, Vasos, cucharas, tazas, bolsas, cucharones

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** (SI) NO

La salud es de todos

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| DEIRETH | | PERALTA | CARRILLO |

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: 1122817943

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S

2.2 Fecha

| Año | Mes | Día |
|---|---|---|
| 2021 | 8 | 25 |

2.3 Departamento

LA GUAJIRA

2.4 Municipio

HATONUEVO

## c. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

| | | |
|---|---|---|
| Física | SI | NO X |
| Visual | SI X | NO |
| Auditiva | SI X | NO |
| Intelectual | SI | NO X |
| Psicosocial (Mental) | SI X | NO |
| Sordoceguera | SI | NO X |
| Múltiple | SI X | NO |

## d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 16.67 |
| Movilidad | 0.00 |
| Cuidado Personal | 0.00 |
| Relaciones | 50.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 5.00 |
| Participación | 66.63 |
| GLOBAL | 22.88 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b126.3 b2100.3 b230.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.278 s210.371 s260.373

3. Codigos Actividades y Participación

d175.1 d310.1 d879.3

La salud es de todos

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma | |
|---|---|---|---|
| CARLOS JULIO NEGRETE FUENTES | Psicología | Carlos Negrete | CC-1065203739 |
| MARIA FERNANDA DAMIAN RUMBO | Fisioterapia | Maria Fernanda Damian | CC-1065838148 |
| HUSSEIN ENRIQUE TORRES RAMIREZ | Medicina | Hussein Torres | CC-17973937 |

### g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *DEIRETH PERALTA CARRILLO* manifiesto que: *SI*

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

OFILIACCIONES

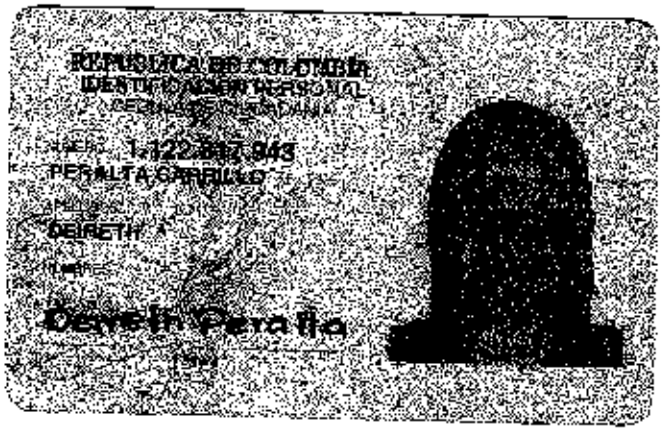
Nombre y Firma

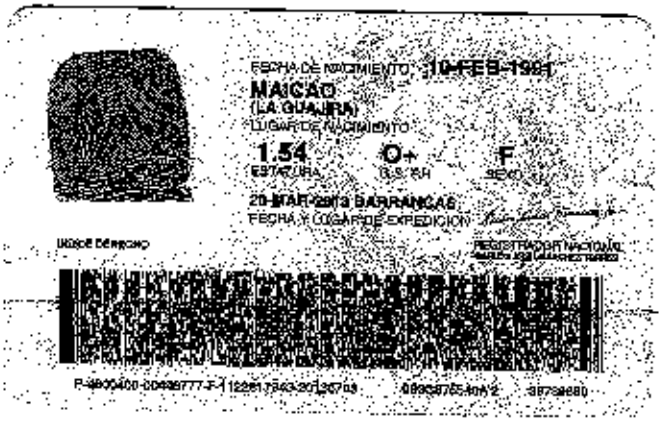
27041570

Documento: CC-1122817943

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*


1.122.817.943
PERALTA CARRILLO
DEIRETH
Deiretn Peralta


FECHA DE NACIMIENTO 10-FEB-1991
MAICAO
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
20-MAR-2013 BARRANCAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Raul Rafael Gonzales Sierra

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 7.445.227

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 03/06/1948 **EDAD:** 74 AÑOS

**DIRECCION:** **BARRIO:** Brisas del pozo

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO✓ ACUEDUCTO✗ LUZ✓

ALCANTARILLADO✗ GAS.✗

**TELEFONO:** 311 5264740

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA✓ INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE✓

**TIPO DE DISCAPACIDAD:**

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Accidente

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Esposa

**NIVEL EDUCATIVO:** Bachiller

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI (NO)

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Vendedora

**QUE INSUMOS NECESITA:** Isumos, Agua, botellones, nevera, bolsas

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** (SI) NO

*Correo: funviguajira@outlook.com, Cel: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| RAUL | RAFAEL | GONZALEZ | SIERRA |

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: 7445221

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha Año | Mes | Día |
|---|---|---|---|
| centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S | 2021 | 12 | 12 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | HATONUEVO |

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | X | NO | |
| Visual | SI | X | NO | |
| Auditiva | SI | | NO | X |
| Intelectual | SI | | NO | X |
| Psicosocial (Mental) | SI | | NO | X |
| Sordoceguera | SI | | NO | X |
| Múltiple | SI | X | NO | |

## d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 0.00 |
| Movilidad | 65.00 |
| Cuidado Personal | 50.00 |
| Relaciones | 0.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 65.00 |
| Participación | 56.25 |
| GLOBAL | 39.38 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b2100.4 b730.3 b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s210.412 s2200.412 s7501.363

3. Codigos Actividades y Participación

d4154.3 d4501.3 d4602.2

La salud es de todos | Minsalud

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| ROSARIO KAROLINA OÑATE RUMBO | Fisioterapia | CC-1065603975 |
| ALBENIS JOSE ORTIZ ARIÑO | Fonoaudiología | CC-1129749[illegible] |
| GABRIELA ALEJANDRA TORRES PAZ | Medicina | CE-910327 Gabriela Torres |

### g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *RAUL RAFAEL GONZALEZ SIERRA* manifiesto que: *SI*
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Nombre y Firma

32654405
Documento: CC-7445221

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridos el certificado de discapacidad no tendra validez*

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Jackelin Isabel Catalan Marquez

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 56053.091

**SEXO:** (F) M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 13/01/1979 **EDAD:** 43 Años

**DIRECCION:** Manzana 11 casa 12 **BARRIO:** Mayalitos 1

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR (ARRENDADA)

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO ✓ ACUEDUCTO ✓ LUZ ✓

ALCANTARILLADO ✓ GAS.

**TELEFONO:** 300 819 6856

**EPS:** AIC **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA ✓ INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:**

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Accidente

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Hija

**NIVEL EDUCATIVO:** Tecnica

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** (SI) (X)

**CUAL UTILIZA:** Protesis

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI (NO)

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:**

**QUE INSUMOS NECESITA:**

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| JACKELIN | ISABEL | CATALAN | MARQUEZ |

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: 56053091

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha | | |
|---|---|---|---|
| | Año | Mes | Día |
| centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S | 2021 | 12 | 11 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | HATONUEVO |

## 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 | 0.00 |
| Movilidad | 70.00 |
| Cuidado Personal | 37.50 |
| Relaciones | 0.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 45.00 |
| Participación | 53.13 |
| GLOBAL | 34.27 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b7100.4 b7301.4 b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s7501.322 s7502.412

3. Codigos Actividades y Participación

d4501.3 d4602.3 d879.3

La salud es de todos

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| ROSARIO KAROLINA OÑATE RUMBO | Fisioterapia | CC-1065603975 |
| ALBENIS JOSE ORTIZ ARIÑO | Fonoaudiología | CC-1120746946 |
| GABRIELA ALEJANDRA TORRES PAZ | Medicina | CE-910327 Gabriela Torres |

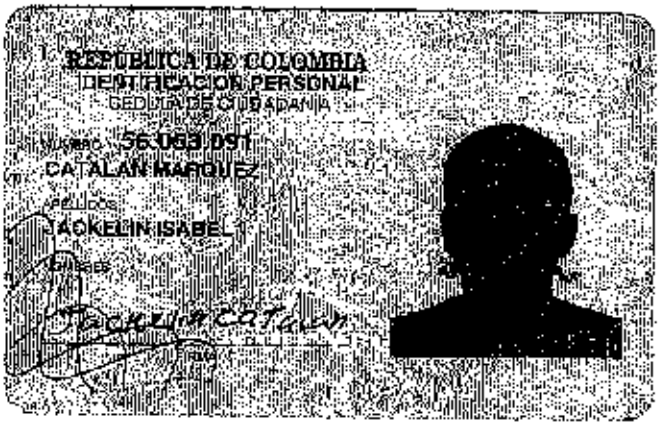
### g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *JACKELIN ISABEL CATALAN MARQUEZ* manifiesto que: *SI*
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Jackelin catalan — 56053091
Nombre y Firma — Documento: CC-56053091

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

*...ertificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez*



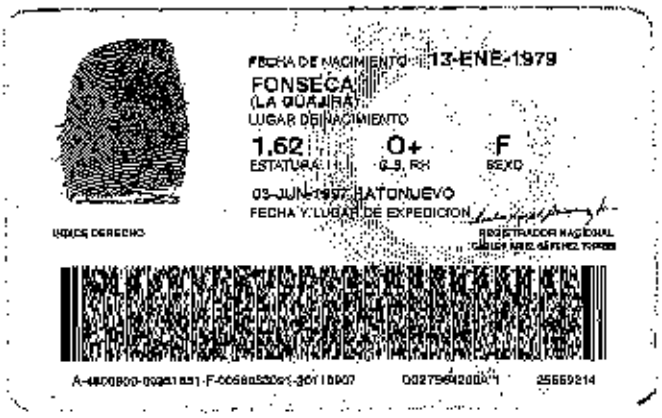
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 56.063.091
CATALAN MARQUEZ

APELLIDOS
JACKELIN ISABEL

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-ENE-1979
FONSECA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

03-JUN-1997 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-4800800-00251851-F-0056053001-3011997 0027564200A 1 25559214

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Josedanis Becerra Brito

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.067.45596

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 24/III/1992 **EDAD:** 30

**DIRECCION:** Cll 20 #18A-20 **BARRIO:** Los Angeles

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) ACUEDUCTO (LUZ) (ALCANTARILLADO) (GAS)

**TELEFONO:** 3187097700

**EPS:** Dusakawi **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL (MULTIPLE)

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Retardo Mental

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Gallinas Ponedoras

**QUE INSUMOS NECESITA:** Pollina, Criadora y

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** (SI) NO

La salud es de todos

# 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 | DAVID | BECERRA | BRITO |

1.5 Documento de Identidad

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

Número de documento de identidad: 1006745596

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha | | |
|---|---|---|---|
| | Año | Mes | Día |
| centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S | 2021 | 12 | 10 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | HATONUEVO |

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | X | NO | |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | | NO | X |
| Intelectual | SI | X | NO | |
| Psicosocial (Mental) | SI | | NO | X |
| Sordoceguera | SI | | NO | X |
| Múltiple | SI | X | NO | |

## d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 45.83 |
| Movilidad | 40.00 |
| Cuidado Personal | 50.00 |
| Relaciones | 45.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 45.00 |
| Participación | 40.63 |
| GLOBAL | 44.41 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b735.2 b761.2 b770.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s710.262 s730.273 s750.273

3. Codigos Actividades y Participación

d161.1 d4501.2 d4602.2

**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| LILIA MANUELA LESPORT FERNANDEZ | Medicina | CC-1032386359 |
| MARBEL TATIANA CONTRERAS DANGOND | Fonoaudiología | CC-1121337008 |
| YOBANA PATRICIA HERNANDEZ CARRILLO | Terapia ocupacional | CC-26988872 |

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *JOSE DAVID BECERRA BRITO* manifiesto que: *SI*

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

María Fernanda Becerra — 1192810441

Nombre y Firma — Documento: CC-1006745596

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*





FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** ~~Hatonuevo~~ **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Maria Paula Torres Hernandez

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.050.482.365

**SEXO:** (F) M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 15/05/2002 **EDAD:** 21 AÑOS

**DIRECCION:** **BARRIO:** Ramon Cujo

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR (ARRENDADA)

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO ✓ ACUEDUCTO LUZ ✓

ALCANTARILLADO ✓ GAS ✓

**TELEFONO:** 313 5402010

**EPS:** AIC **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL ✓ SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:**

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Enfermedad

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Mamá

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI (NO)

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Vendedora de verduras

**QUE INSUMOS NECESITA:** Verduras, cebas, cuchillos, Tazas, Harinas, Arroz Aceites.

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| MARIA | PAULA | TORRES | HERNANDEZ |

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: 1050482363

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S

2.2 Fecha

| Año | Mes | Dia |
|---|---|---|
| 2021 | 6 | 28 |

2.3 Departamento

LA GUAJIRA

2.4 Municipio

HATONUEVO

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

| | | |
|---|---|---|
| Física | SI | NO X |
| Visual | SI | NO X |
| Auditiva | SI | NO X |
| Intelectual | SI X | NO |
| Psicosocial (Mental) | SI | NO X |
| Sordoceguera | SI | NO X |
| Múltiple | SI | NO X |

## d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 75.00 |
| Movilidad | 50.00 |
| Cuidado Personal | 37.50 |
| Relaciones | 40.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 52.78 |
| Participación | 59.38 |
| GLOBAL | 52.44 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b160.1 b330.2 b4101.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.188 s410.188

3. Codigos Actividades y Participación

d161.3 d310.3 d598.4

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Neymar Jose Epiayu

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C (T.I) C.C

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.121.303.641

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 26/06/2014 **EDAD:** 8 AÑOS

**DIRECCION:** **BARRIO:** Comunidad Gualmarito

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 0

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO X ACUEDUCTO X LUZ ✓

ALCANTARILLADO X GAS X

**TELEFONO:** 312 2580624

**EPS:** Dusakawi **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA ✓ INTELECTUAL ✓ SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Trastorno especifico del desarrollo del habla y del lenguaje.

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Nacimiento

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Mamá

**NIVEL EDUCATIVO:** Bachiller

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI (NO)

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI (NO)

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:**

**QUE INSUMOS NECESITA:**

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

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 |
|---|---|---|---|
| NEYMAR | JOSE | IPUANA | EPIAYU |

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: 1121303641

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S

| 2.2 Fecha | | |
|---|---|---|
| Año | Mes | Día |
| 2021 | 12 | 12 |

2.3 Departamento

LA GUAJIRA

2.4 Municipio

HATONUEVO

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | X | NO | |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | | NO | X |
| Intelectual | SI | X | NO | |
| Psicosocial (Mental) | SI | | NO | X |
| Sordoceguera | SI | | NO | X |
| Múltiple | SI | X | NO | |

## d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 75.00 |
| Movilidad | 55.00 |
| Cuidado Personal | 62.50 |
| Relaciones | 65.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 65.00 |
| Participación | 75.00 |
| GLOBAL | 66.25 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.3 b147.2 b167.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.288 s6304.374 s7600.362

3. Codigos Actividades y Participación

d155.3 d310.3 d4602.2

La salud es de todos | Minsalud

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | | Firma |
|---|---|---|---|
| CARLOS JULIO NEGRETE FUENTES | Psicología | CC-1065203739 | Carlos Negrete |
| WESLY PLATA SIERRA | Medicina | CC-1121329589 | Wesly Plata S. |
| ISAILIS MARIA MAESTRE BENJUMEA | Trabajador Social | CC-1121338822 | |

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *NEYMAR JOSE IPUANA EPIAYU* manifiesto que: *SI*
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Nombre y Firma

1006739561
Documento: RC-1121303641

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.121.303.641
IPUANA EPIAYU

APELLIDOS
NEYMAR JOSE

NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA





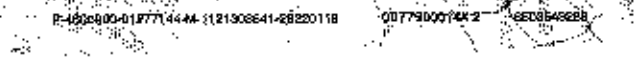


FECHA DE NACIMIENTO 26-JUN-2014
SAN JUAN DEL CESAR
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
26-JUN-2032 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
01-DIC-2021 HATONUEVO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

PULGAR DERECHO





FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Albenis Jose Ortiz Arrio

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 84.062.642

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 1 Julio 1974 **EDAD:** 48 años

**DIRECCION:** **BARRIO:** Brisas del Pozo

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO No ACUEDUCTO NO LUZ NO

ALCANTARILLADO GAS NO

**TELEFONO:** 3114384600

**EPS:** ALIC **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** (FISICA) INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:**

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Nacimiento

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:** octavo

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI (NO)

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Taller de Arreglo de Moto.

**QUE INSUMOS NECESITA:** Compresor y Taladro

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

*Correo: funviguajira@outlook.com, Cel.: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 84.062.642

DUARTE VIDAL
APELLIDOS

YOVANYS JAVIER
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-JUL-1974
BARRANCAS
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

13-JUN-1997 HATONUEVO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-4800900-00256391-M-0084062642-20100916 0024000800A 1 25610894

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.9489

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:** 10/08/2022

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Dilan José Guariyu Pushaina

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C X. T.I CC

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.121.307.707.

**SEXO:** F MX.

**FECHA DE NACIMIENTO:** 10/MAY/2020 **EDAD:** 2 años

**DIRECCION:** Comunidad Guamanto. **BARRIO:** Resguardo Indigena Guamanto.

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR X. ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO ACUEDUCTO LUZ X.

ALCANTARILLADO GAS.

**TELEFONO:** 3197760310.

**EPS:** Dusacawy. **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA X. INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Nace sin extremidad pierna derecha y falta dedos mano izquierda

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Congenita

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI X. NO

**PARENTESCO:** Madre.

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO X.

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI X NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Tejedora Artesanas Wayuu.

**QUE INSUMOS NECESITA:** Hilo, Aguja punta roma, metro, Tijera

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI X NO

*Correo: funvíguajira@outlook.com Cel: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

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 |
|---|---|---|---|
| DILAN | JOSE | GUAURIYU | PUSHAINA |

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: 1121307707

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S

2.2 Fecha

| Año | Mes | Día |
|---|---|---|
| 2021 | 7 | 13 |

2.3 Departamento

LA GUAJIRA

2.4 Municipio

HATONUEVO

## 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 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b710.2 b7101.2 b770.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s730.322 s750.321

3. Codigos Actividades y Participación

d430.2 d440.2 d460.2

La salud es de todos Minsalud

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARÍO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| ALBENIS JOSE ORTIZ ARIÑO | Fonoaudiología | CC-1120746946 |
| WESLY PLATA SIERRA | Medicina | CC-1121329589 Wesly Plata S. |
| YOBANA PATRICIA HERNANDEZ CARRILLO | Terapia ocupacional | CC-26988872 Yobana Hernandez |

### g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *DILAN JOSE GUAURIYU PUSHAINA* manifiesto que: *SI*

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

Yersi Yolena Pushaina P. 1737 072 316

Nombre y Firma Documento: RC-1121307707

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

*SI*

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: 16 7683

**NUIP** 1.121.307.707

*Tipo de certificado* | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

*Datos del Inscrito*

Apellidos y Nombres completos

GUAURIYU PUSHAINA DILAN JOSE

| Fecha de Nacimiento (Mes en letras) | | | Sexo (en letras) | Tipo Sanguíneo |
|---|---|---|---|---|
| Año 2020 | Mes MAY | Día 10 | MASCULINO | |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA LA GUAJIRA SAN JUAN DEL CESAR

| Fecha de Inscripción (Mes en letras) | | | Indicativo serial |
|---|---|---|---|
| Año 2020 | Mes JUL | Día 28 | 0056879174 |

*Datos de la Madre*

Apellidos y Nombres completos

PUSHAINA PUSHAINA YEISI MILENA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 1.131.072.346 | COLOMBIA |

*Datos del Padre*

Apellidos y Nombres completos

GUAURIYU EPIEYU JOSE RAFAEL

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.734.523 | COLOMBIA |

*Datos del Solicitante*

Apellidos y Nombres completos

GUAURIYU EPIEYU JOSE RAFAEL

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.734.523

*Espacio para notas*

*Datos de la oficina de registro que expide el certificado*

País - Departamento - Municipio: COLOMBIA LA GUAJIRA HATONUEVO — Código: X 5 B

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras): Año 2020 Mes JUL Día 28

Nombre y firma del funcionario

JORGE DAVID OJEDA FONSECA

Registrador del Estado Civil

Adhesivo Copia Registro Civil

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:** 10/08/2022

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Victor Raul Tafur Barba.

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I C.C X.

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 73591146

**SEXO:** F M X

**FECHA DE NACIMIENTO:** 02-oct-1978 **EDAD:** 44 años

**DIRECCION:** Calle 6 Carr 12 **BARRIO:** Ramon Lugue.

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR X. ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO X ACUEDUCTO X LUZ X

ALCANTARILLADO X GAS. X

**TELEFONO:** 3157973587

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** Subsidiada.

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL X. MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Auditiva

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Explocion de una Mina

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO X.

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:** Primaria

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO X.

**CUAL UTILIZA:**

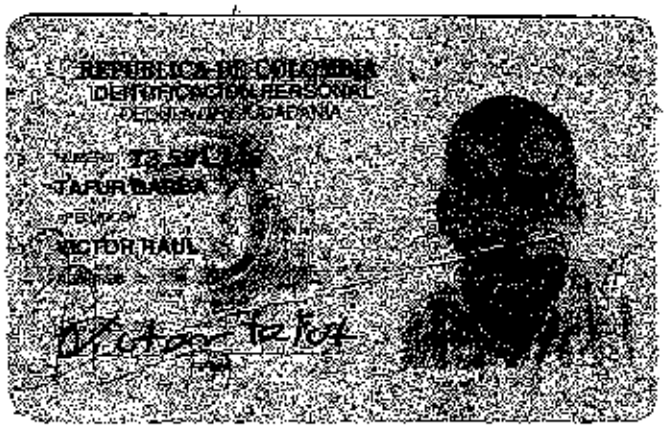
**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI X NO

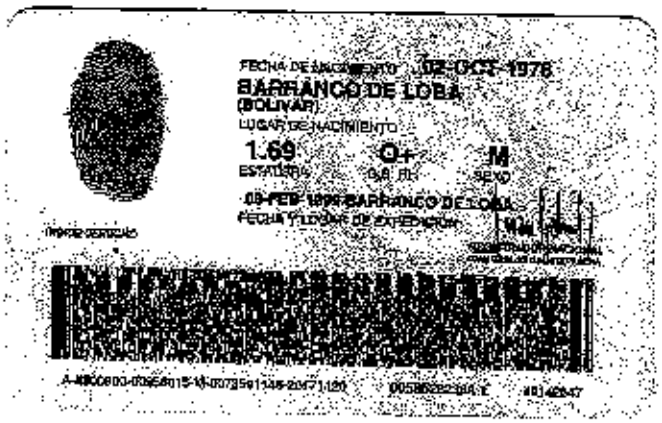
**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Venta de Queso y Suero

**QUE INSUMOS NECESITA:** Freser – Cava, Peso. o vasija. cuchilla recipientes de recaos

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SIX. NO es el sustento para su hijo y abuela es padre soltero.

Correo: funviguajira@outlook.com Cel: 3008895271
Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
VICTOR RAUL


02-OCT-1976
BARRANCO DE LOBA
(BOLIVAR)
1.69
O+
M

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 |
|---|---|---|---|
| VICTOR | RAUL | TAFUR | BARBA |

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 73591146

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S

2.2 Fecha

| Año | Mes | Día |
|---|---|---|
| 2021 | 12 | 11 |

2.3 Departamento

LA GUAJIRA

2.4 Municipio

HATONUEVO

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | | NO | X |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | X | NO | |
| 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 | 0.00 |
| Movilidad | 5.00 |
| Cuidado Personal | 0.00 |
| Relaciones | 0.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 13.89 |
| Participación | 43.75 |
| GLOBAL | 10.44 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b230.4 b2300.4 b235.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s2601.473 s2602.471 s2603.471

3. Codigos Actividades y Participación

d4501.1 d879.3 d910.2

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| ROSARIO KAROLINA OÑATE RUMBO | Fisioterapia | CC-1065603975 |
| ALBENIS JOSE ORTIZ ARIÑO | Fonoaudiología | CC-1120746946 |
| GABRIELA ALEJANDRA TORRES PAZ | Medicina | CE-910327 Gabriela Torres |

### g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *VICTOR RAUL TAFUR BARBA* manifiesto que: *SI*
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Victor Tafur
Nombre y Firma

73.591146
Documento: CC-73591146

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

*SI*

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez*

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.9489

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Emanuel David Vergara Garcia

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1065.127.399

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 16/01/2002 **EDAD:** 20 Años

**DIRECCION:** Carrera 15A #1-37 **BARRIO:** 3 de octubre

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO✓ ACUEDUCTO LUZ✓

ALCANTARILLADO✓ GAS 4

**TELEFONO:** 304 4812143

**EPS:** Dusakawi **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL✓ SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Trastorno Bipolar

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Accidente y nacimiento.

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI (NO)

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI (NO)

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Estilista

**QUE INSUMOS NECESITA:** Plancha, Secador, espejo, cepillos, ganchos, gorros Pestañas, Pinta uñas, Tenas, Peinillas shampoo

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** (SI) NO Cortinas, Vitrina, Sillas, Abanicos

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel.: 3008895271*
*Cra. 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| EMANUEL | DAVID | VERGARA | GARCIA |

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 1065127399

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S

2.2 Fecha

| Año | Mes | Dia |
|---|---|---|
| 2021 | 7 | 13 |

2.3 Departamento

LA GUAJIRA

2.4 Municipio

HATONUEVO

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | | NO | X |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | | NO | X |
| Intelectual | SI | | NO | X |
| Psicosocial (Mental) | SI | X | NO | |
| Sordoceguera | SI | | NO | X |
| Múltiple | SI | | NO | X |

## d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 0.00 |
| Movilidad | 0.00 |
| Cuidado Personal | 18.75 |
| Relaciones | 40.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 5.00 |
| Participación | 59.38 |
| GLOBAL | 20.52 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b126.2 b1304.3 b152.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s1109.273

3. Codigos Actividades y Participación

d570.2 d879.2 d940.3

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| RLOS JULIO NEGRETE FUENTES | Psicologia | CC-1065203738 |
| RIA FERNANDA DAMIAN RUMBO | Fisioterapia | CC-1065835148 |
| SSEIN ENRIQUE TORRES MIREZ | Medicina | CC-17973937 |

## g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

. *EMANUEL DAVID VERGARA GARCIA* manifiesto que: SI

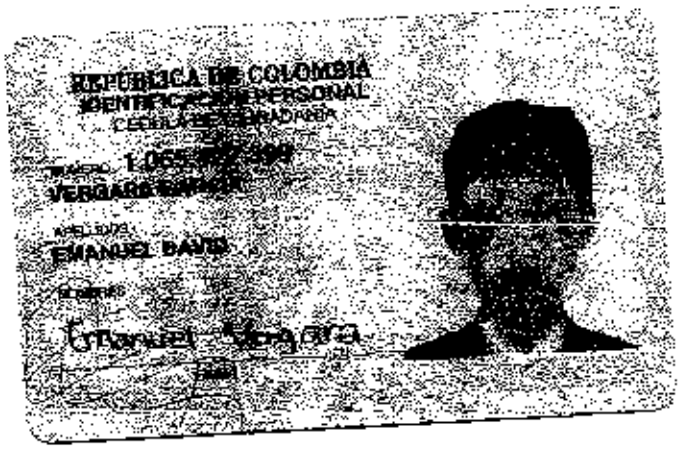
stoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

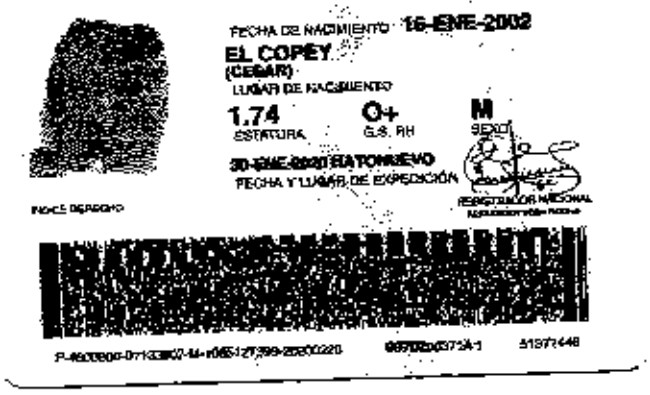
Nombre y Firma

Documento: CC-1065127399

utorizó el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la ormatividad que lo regula. SI

*rtificado de discapacidad no se empleara como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas*
*Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez.*


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
EMANUEL DAVID


FECHA DE NACIMIENTO 16-ENE-2002
EL COPEY
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.74
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
30-ENE-2020 BATONUEVO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.9489

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:** 20/08/2022

**MUNICIPIO:** Hato Nuevo **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Oscar Javier Villero Ruiz

**TIPO DE IDENTIFICACION:** RC (T.I X) C.C

**NUMERO DE DOCUMENTO:**

**SEXO:** F M X.

**FECHA DE NACIMIENTO:** 09/OCT/2008 **EDAD:** 13 años

**DIRECCION:** Calle 28 S.N. **BARRIO:** Mayalitos 1

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 01

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR ARRENDADA X

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO X ACUEDUCTO X LUZ X ALCANTARILLADO X GAS.

**TELEFONO:** 3046226539

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** Subsidiado.

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL X. MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Visual.

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Accidente. (Le arrojaron una piedra y le rasgaron el iris).

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO X.

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:** 6° Grado Secundaria

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI X. NO

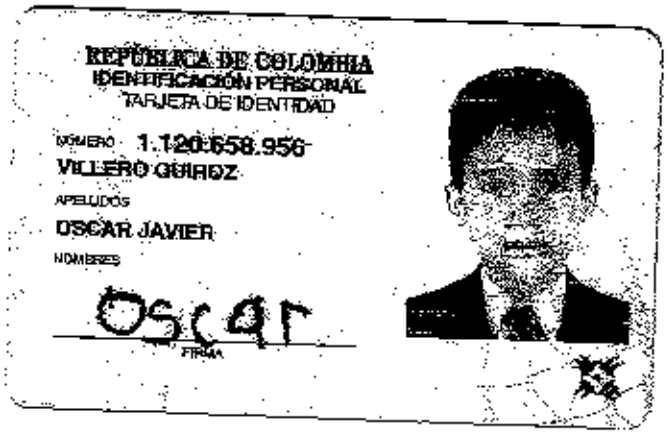
**CUAL UTILIZA:** Lentes

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI NO X.

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:**

**QUE INSUMOS NECESITA:**

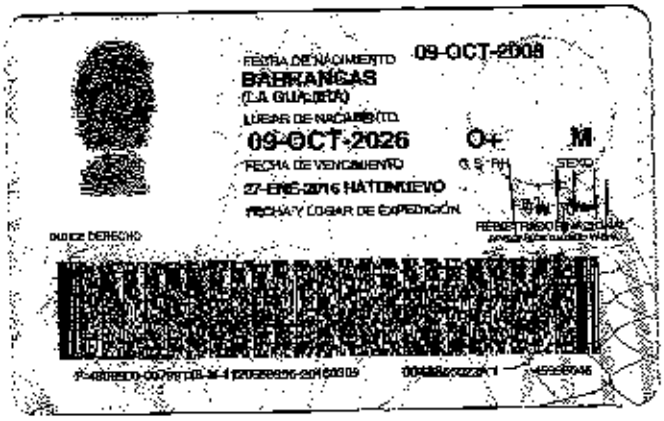
**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.120.658.956
VILLERO GUIRIZ
APELLIDOS
OSCAR JAVIER
NOMBRES

Oscar
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-OCT-2008
BARRANCAS
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
09-OCT-2026 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G. S. RH SEXO
27-ENE-2016 HATONUEVO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| OSCAR | JAVIER | VILLERO | QUIROZ |

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: 1120658956

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S

2.2 Fecha

| Año | Mes | Día |
|---|---|---|
| 2021 | 12 | 11 |

2.3 Departamento: LA GUAJIRA

2.4 Municipio: HATONUEVO

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

| | | |
|---|---|---|
| Física | SI | NO X |
| Visual | SI X | NO |
| 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 | 4.17 |
| Movilidad | 10.00 |
| Cuidado Personal | 0.00 |
| Relaciones | 10.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 25.00 |
| Participación | 39.29 |
| GLOBAL | 14.74 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b210.3 b2100.3 b2101.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s220.301 s2201.301 s2202.301

3. Codigos Actividades y Participación

d4602.1 d820.1 d910.1

La salud es de todos

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| ENRIQUE EUSEBIO PINTO MAESTRE | Psicología | CC-1063017002 Enrique Pin |
| EDIANIS LISBETH ACOSTA CAMPO | Fisioterapia | CC-1121328539 EdianisAco |
| JEHIBER JESUS BOTELLO CONTRERAS | Medicina | CC-1121329018 Jehiber Botel |

### g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *OSCAR JAVIER VILLERO QUIROZ* manifiesto que: *SI*

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

Placidos Quiroz

( Nombre y Firma

56062278

Documento: TI-1120658956

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*

*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.9489

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Mariangel Sofia Reyes España

**TIPO DE IDENTIFICACION:** (R.C) T.I CC

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.121306339

**SEXO:** (F) M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 3/11/2015 **EDAD:** 6 años

**DIRECCION:** Brisas del Pozo **BARRIO:**

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) ACUEDUCTO NO (LUZ)

ALCANTARILLADO NO GAS. NO

**TELEFONO:** 3024568382

**EPS:** Dusakawi **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Otitis Media Supurativa Cronica.

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Madre

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Se Dedica ala Reposteria

**QUE INSUMOS NECESITA:** Harina, Mantequilla, Moldes.

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

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 |
|---|---|---|---|
| MARIANGEL | SOFIA | REYES | ESPAÑA |

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: 1121306339

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha | | |
|---|---|---|---|
| | Año | Mes | Día |
| Centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S | 2021 | 12 | 10 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | HATONUEVO |

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | | NO | X |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | X | NO | |
| 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 | 4.17 |
| Movilidad | 5.00 |
| Cuidado Personal | 6.25 |
| Relaciones | 0.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 10.00 |
| Participación | 32.14 |
| GLOBAL | 9.59 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b2301.2 b2302.2 b280.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s250.373 s2500.373

3. Codigos Actividades y Participación

d310.1 d4602.1 d820.1

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| ROSARIO KAROLINA OÑATE RUMBO | Fisioterapia | CC-1065603975 |
| ALBENIS JOSE ORTIZ ARIÑO | Fonoaudiología | CC-1120746946 |
| GABRIELA ALEJANDRA TORRES PAZ | Medicina | CE-910327 |

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *MARIANGEL SOFIA REYES ESPAÑA* manifiesto que: *SI*

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

Nombre y Firma

Documento: RC-1121306339

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez*

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Aroldo Enrique Amaya Mejia

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 12717826

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 12I/52 **EDAD:** 70

**DIRECCION:** Calle 10 # 16-65 **BARRIO:** Barrio la union

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA (FAMILIAR) ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) (ACUEDUCTO) (LUZ) (ALCANTARILLADO) (GAS)

**TELEFONO:** 3046228820

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Lumbal +12

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:** Ninguna

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Venta de verduras

**QUE INSUMOS NECESITA:** Peso, y otros

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel.: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

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 |
|---|---|---|---|
| AROLDO | ENRIQUE | AMARA | MEJIA |

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 12717826

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S

2.2 Fecha

| Año | Mes | Día |
|---|---|---|
| 2021 | 6 | 28 |

2.3 Departamento

LA GUAJIRA

2.4 Municipio

HATONUEVO

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Fisica | 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 | 0.00 |
| Movilidad | 75.00 |
| Cuidado Personal | 75.00 |
| Relaciones | 0.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 45.00 |
| Participación | 50.00 |
| GLOBAL | 40.83 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b280.2 b7101.3 b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s750.373 s770.373

3. Codigos Actividades y Participación

d4154.3 d4501.3 d879.2

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma | |
|---|---|---|---|
| CARLOS JULIO NEGRETE FUENTES | Psicología | Carlos Julio Negrete | CC-1065203739 |
| MARIA FERNANDA DAMIAN RUMBO | Fisioterapia | María F. Damián | CC-1065836148 |
| HUSSEIN ENRIQUE TORRES RAMIREZ | Medicina | Hussein Torres | CC-17973937 |

### g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *AROLDO ENRIQUE AMARA MEJIA* manifiesto que: *SI*

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

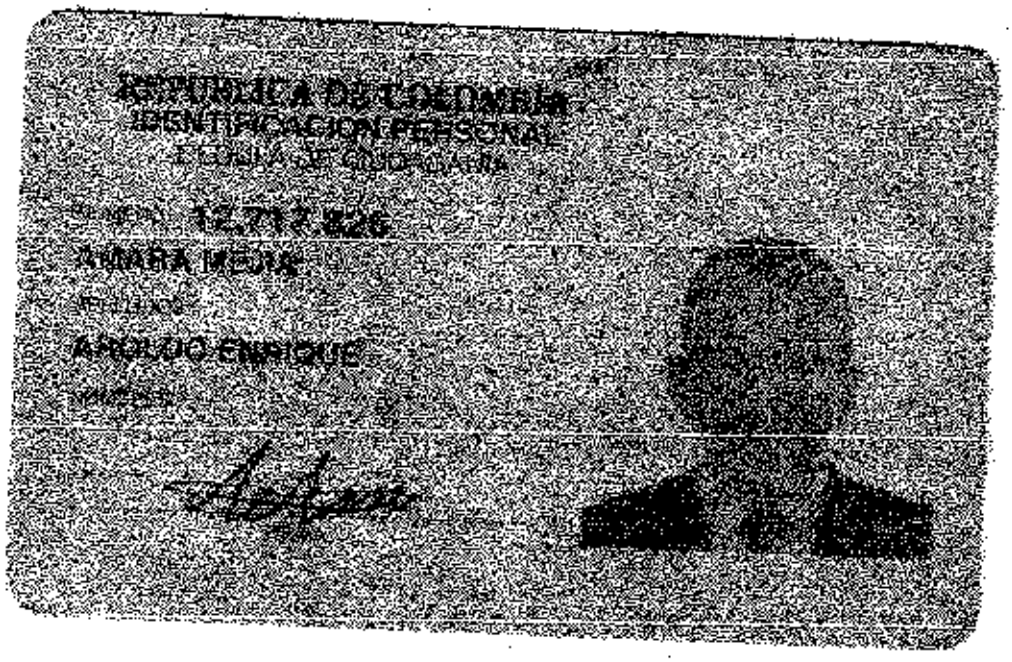
Nombre y Firma

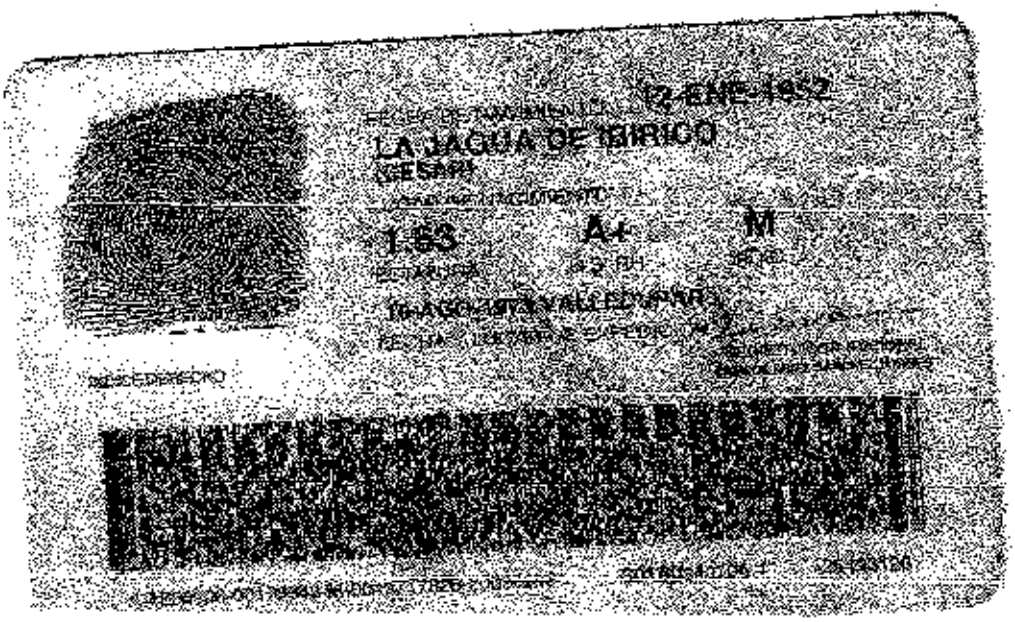
12717826

Documento: CC-12717826

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*


12.712.826
ANDRADE MEDINA
ANDRADE ENRIQUE


12-ENE-1952
LA JAGUA DE IBIRICO
1.63
A+
M

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Jose Rafael Carmargo Ortiz

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C TI (CC)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 84.104.336

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 29 VIII /79 **EDAD:** 42

**DIRECCION:** Majalitas III **BARRIO:**

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) (ACUEDUCTO) (LUZ) (ALCANTARILLADO) (GAS)

**TELEFONO:** 3214087556

**EPS:** Dusakawi **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** (FISICA) INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE – Permanente Parcial

**TIPO DE DISCAPACIDAD:**

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Accidente.

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI (NO)

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:** Decimo

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Taller de Soldadura

**QUE INSUMOS NECESITA:** Laminas, Angulos

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** (SI) NO

# 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 | RAFAEL | CAMARGO | ORTIZ |

1.5 Documento de Identidad

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

Número de documento de identidad: 84104336

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S

2.2 Fecha

| Año | Mes | Día |
|---|---|---|
| 2021 | 12 | 11 |

2.3 Departamento

LA GUAJIRA

2.4 Municipio

HATONUEVO

## 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 | 0.00 |
| Movilidad | 35.00 |
| Cuidado Personal | 6.25 |
| Relaciones | 0.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 25.00 |
| Participación | 40.63 |
| GLOBAL | 17.81 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b710.2 b740.3 b770.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s750.262 s770.262 s7701.262

3. Codigos Actividades y Participación

d4602.2 d640.1 d910.2

La salud es de todos Minsalud

**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| ENRIQUE EUSEBIO PINTO MAESTRE | Psicología | CC-1083017002 Enrique Pinto |
| EDIANIS LISBETH ACOSTA CAMPO | Fisioterapia | CC-1121328539 Edianis Acosta |
| JEHIBER JESUS BOTELLO CONTRERAS | Medicina | CC-1121328[illegible] Jehiber Botello |

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *JOSE RAFAEL CAMARGO ORTIZ* manifiesto que: *SI*

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

Nombre y Firma

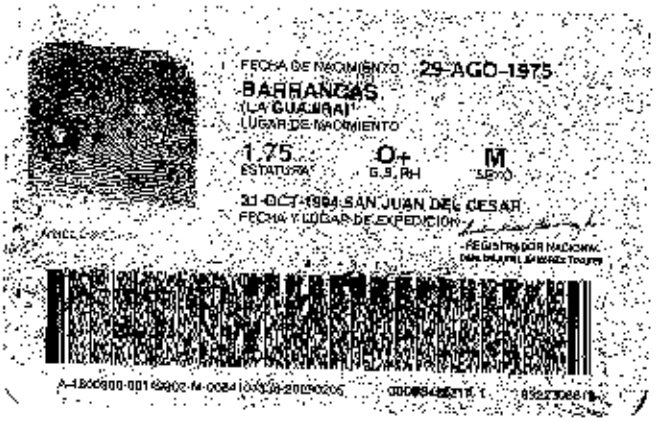
84 104 336

Documento: CC-84104336

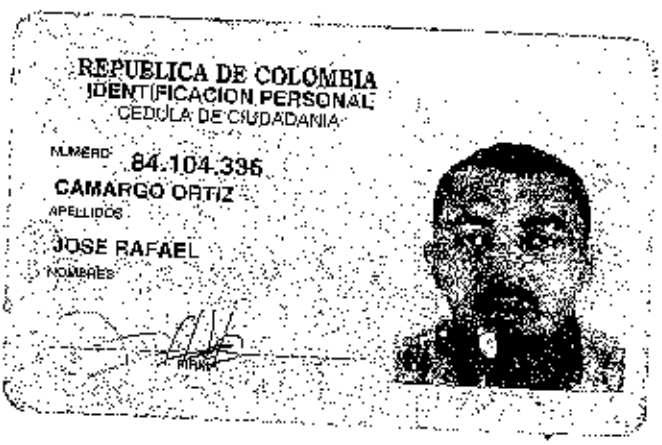
Autorizo el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la normatividad que lo regula.

*SI*

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*



FECHA DE NACIMIENTO 29-AGO-1975
BARRANCAS
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
31-OCT-1994 SAN JUAN DEL CESAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 84.104.336
CAMARGO ORTIZ
APELLIDOS
JOSE RAFAEL
NOMBRES
FIRMA

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Manaces asmed Romero estrada

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C (T.I) CC

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.065.611.948

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 10/12/2004 **EDAD:** 14 años

**DIRECCION:** Calle 4 #11-53 **BARRIO:** Ramon Lugue

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR (ARRENDADA)

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO ✓ ACUEDUCTO LUZ ✓

ALCANTARILLADO ✓ GAS ✓

**TELEFONO:** 316 3455915

**EPS:** Dusakawi **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL ✓ SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Asperger

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Nacimiento

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Mama

**NIVEL EDUCATIVO:** Tecnico

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI (NO)

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Gallinas Ponedoras

**QUE INSUMOS NECESITA:** Vitaminas, Mayas, alimentos, bebederos, gallinas

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** (SI) NO Tobos, rastrillo, escoba, recogedor de basura, pala cin, aserrin, cemento y arena

Correo: funviguajira@outlook.com Cel: 3008895271
Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira

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 |
|---|---|---|---|
| MANACES | ASMED | ROMERO | ESTRADA |

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: 1065611948

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha | | |
|---|---|---|---|
| | Año | Mes | Día |
| centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S | 2021 | 12 | 10 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | HATONUEVO |

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | | NO | X |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | | NO | X |
| Intelectual | SI | X | NO | |
| Psicosocial (Mental) | SI | | NO | X |
| Sordoceguera | SI | | NO | X |
| Múltiple | SI | | NO | X |

## d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 50.00 |
| Movilidad | 10.00 |
| Cuidado Personal | 12.50 |
| Relaciones | 15.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 20.00 |
| Participación | 50.00 |
| GLOBAL | 26.25 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

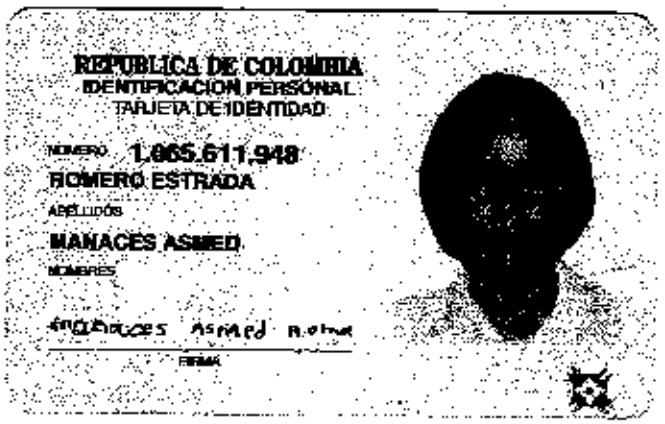
b1400.2 b1602.2 b167.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.288

3. Codigos Actividades y Participación

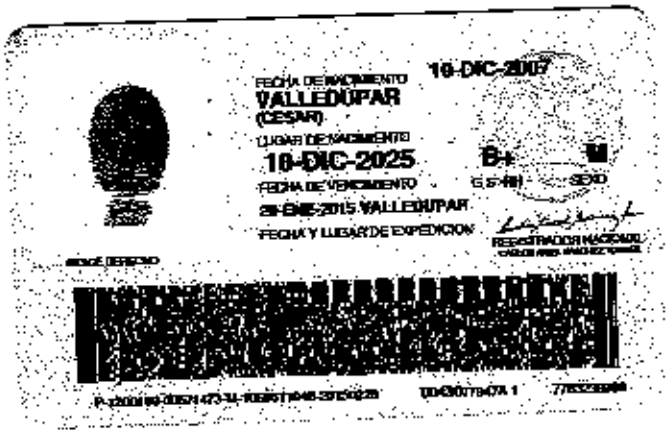
d161.3 d175.3 d820.2



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.065.611.948
ROMERO ESTRADA
APELLIDOS
MANACES ASMED
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-DIC-2007
VALLEDUPAR
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
10-DIC-2025 B+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S.R.H. SEXO
29-ENE-2015 VALLEDUPAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Lila Patricia Arregoces Ramirez

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (CC)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 26.987.754

**SEXO:** (F) M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 23 Abril 1977 **EDAD:** 50 AÑOS

**DIRECCION:** Cll 5 # 13-75 **BARRIO:** Ramon Lopez

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR (ARRENDADA)

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) ACUEDUCTO (LUZ)

(ALCANTARILLADO) GAS. NO

**TELEFONO:** 3116503458

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** (FISICA) INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:**

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:** Bachiller

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

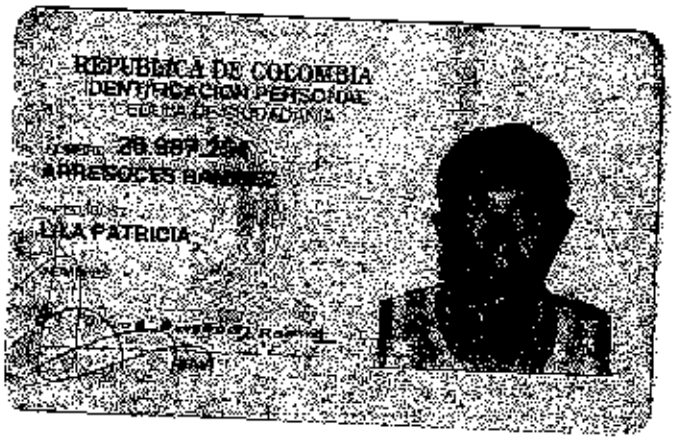
**CUAL UTILIZA:**

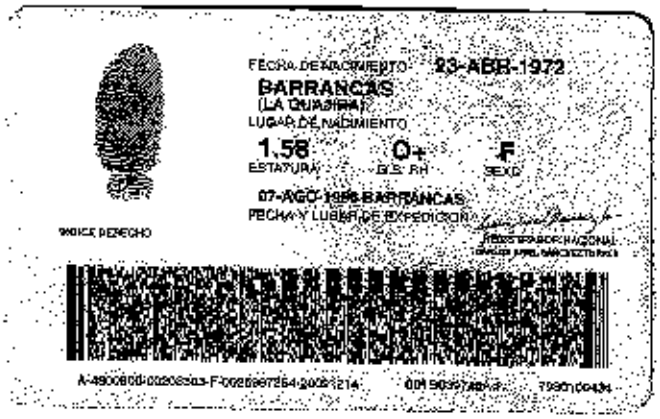
**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Vendedora de chiles

**QUE INSUMOS NECESITA:** Varios

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
LILA PATRICIA


FECHA DE NACIMIENTO 23-ABR-1972
BARRANCAS
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
07-AGO-1990 BARRANCAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

La salud es de todos

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| LILA | PATRICIA | ARREGOCES | RAMIREZ |

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: 26987254

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S

| 2.2 Fecha | | |
|---|---|---|
| Año | Mes | Día |
| 2021 | 12 | 10 |

2.3 Departamento

LA GUAJIRA

2.4 Municipio

HATONUEVO

## 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 | 0.00 |
| Movilidad | 85.00 |
| Cuidado Personal | 43.75 |
| Relaciones | 0.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 50.00 |
| Participación | 75.00 |
| GLOBAL | 38.96 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b7201.2 b7303.2 b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s740.263

3. Codigos Actividades y Participación

d4602.3 d640.3 d879.3

La salud es de todos — Minsalud

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| CARLOS JULIO NEGRETE FUENTES | Psicología | CC-1065203739 Carlos Negre |
| WESLY PLATA SIERRA | Medicina | CC-1121329589 Wesly Plata S |
| ISAILIS MARIA MAESTRE BENJUMEA | Trabajador Social | CC-1121336822 |

### g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *LILA PATRICIA ARREGOCES RAMIREZ* manifiesto que: *SI*
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Lila Patricia Arregoces Ramirez 26.987.254
Nombre y Firma Documento: CC-26987254

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.9489

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Esperanza Josefina Arregoces Pontier

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 26.984.217

**SEXO:** (F) M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 22/X/1960 **EDAD:** 61 años

**DIRECCION:** Cll 25 #19A-74 **BARRIO:** los olivos

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) (ACUEDUCTO) (LUZ)

ALCANTARILLADO (GAS)

**TELEFONO:** 3135766226

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** Subsidiada

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** (FISICA) INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:**

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** No sabe

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:** Primaria

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

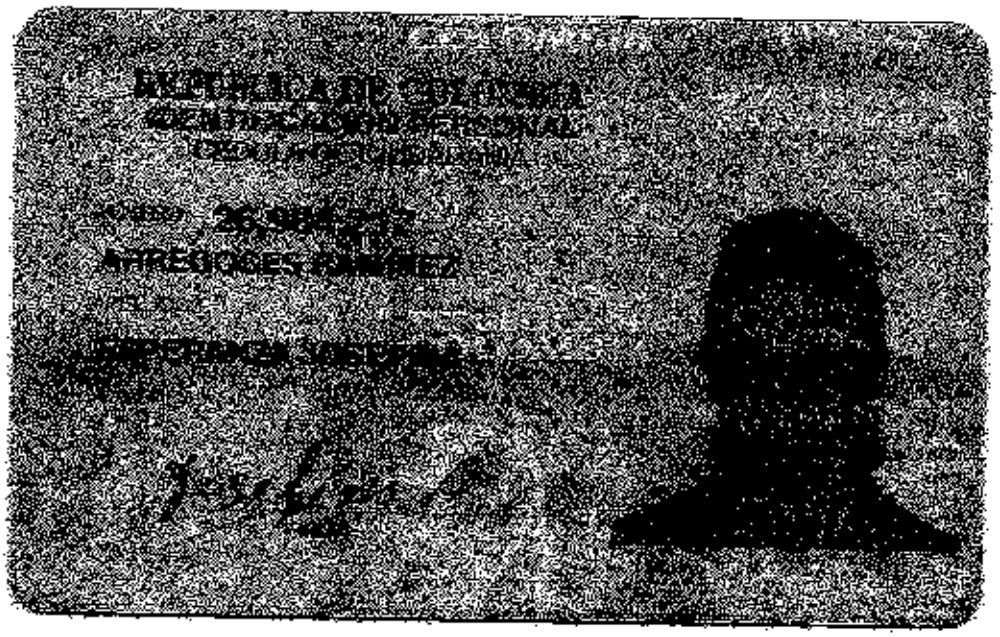
**CUAL UTILIZA:**

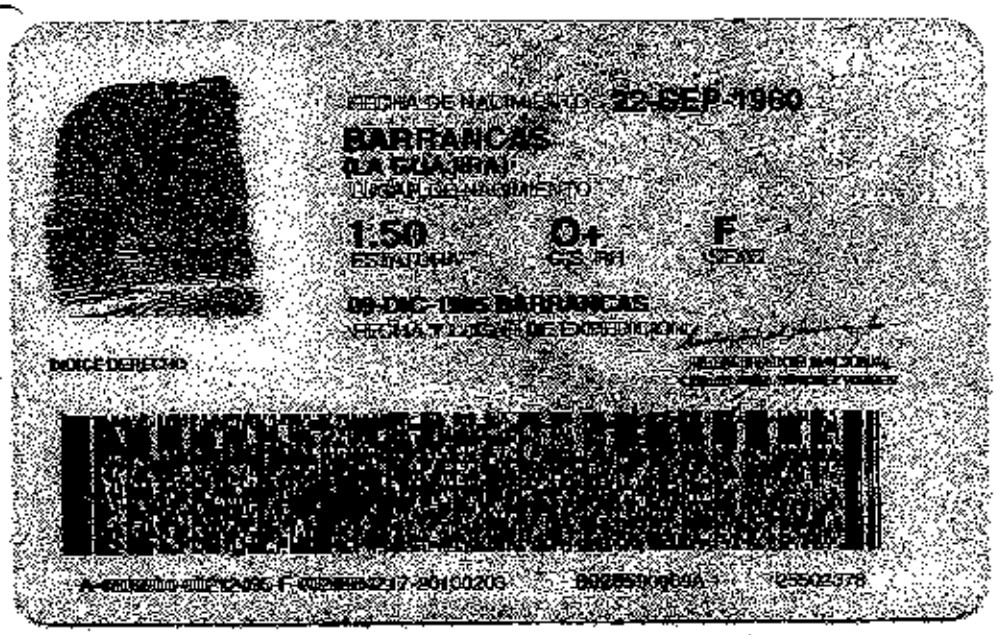
**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Ventas de bolis, Aseos

**QUE INSUMOS NECESITA:** Azucar, Frutas, bolsas, Pacas de Agua

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO




FECHA DE NACIMIENTO 22-SEP-1960
BARRANCAS
1.50
O+
F
09-DIC-1965 BARRANCAS

La salud es de todos

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| ESPERANZA | JOSEFINA | ARREGOCES | RAMIREZ |

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 26984217

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S

2.2 Fecha

| Año | Mes | Día |
|---|---|---|
| 2021 | 12 | 10 |

2.3 Departamento

LA GUAJIRA

2.4 Municipio

HATONUEVO

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | X | NO | |
| Visual | SI | X | NO | |
| Auditiva | SI | | NO | X |
| Intelectual | SI | | NO | X |
| Psicosocial (Mental) | SI | | NO | X |
| Sordoceguera | SI | | NO | X |
| Múltiple | SI | X | NO | |

## d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 0.00 |
| Movilidad | 75.00 |
| Cuidado Personal | 37.50 |
| Relaciones | 5.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 45.00 |
| Participación | 53.13 |
| GLOBAL | 35.94 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b2100.2 b715.3 b730.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s220.273 s750.373 s770.373

3. Codigos Actividades y Participación

d4154.3 d4501.3 d4602.3

## ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

NIT 825000620-1
Dirección: CALLE 15 No 12-73, HATONUEVO - GUAJIRA
Teléfono: 7759397, Fax: 7759397

# CERTIFICADO MEDICO Nro. 2659

Fecha Elab: 07/02/2020

USUARIO: ARREGOCES RAMIREZ ESPERANZA JOSEFINA
Identificación: CC Nro. 26984217
Dirección: 20 DE JULIO Tel.
ENTIDAD: COMFAGUAJIRA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE LA GUAJIRA

Edad: 59 año(s)
Regimen: SUBSIDIADO
Nivel: 1

YO, MEDICO DE ESTA INSTITUCION DE SALUD, CERTIFICO QUE HE ATENDIDO AL PACIENTE EN MENCIÓN LA CUAL PRESENTA DISCAPACIDA FISICA CON DISMINUCION IMPORTANTE PARA LA MARCHA; Y MOVIMIENTO Y TRASTORNO EN EL EQUILIBRIO
AL EXAMEN FISICO PACIENTE EUPNEICO, AFEBRIL, CON SIGNOS VITALES ESTABLES.
PACIENTE QUIEN CON DISCAPACIDAD FISICA TIPO DISTROFIA MUSCULAR SECUNDARIO A COLOCACION DE MULTIPLES INYECCIONES A NIVEL REGIONES GLUTEAS. CERTIFICO QUE PACIENTE NO PUEDE REALIZAR ACTIVIDADES COMUNES Y POR LO TATO SE DIAGNOSTICA COMO DISCAPACITADA

Dr. Pedro José Acuña S.
Médico
PEDRO JOSE ACUÑA SOLANO

ELABORO



Impreso el 07/02/2020
Por PEDRO JOSE ACUÑA SOLANO

Consulta Externa
E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen

La salud es de todos

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| LILIA MANUELA LESPORT FERNANDEZ | Medicina | CC-1032386359 Lilia M Lesport |
| MARBEL TATIANA CONTRERAS DANGOND | Fonoaudiología | CC-1121337009 Marbel C. |
| YOBANA PATRICIA HERNANDEZ CARRILLO | Terapia ocupacional | CC-26988872 Yobana H |

### g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *ESPERANZA JOSEFINA ARREGOCES RAMIREZ* manifiesto que: *SI*
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Esperanza Arregoces
Nombre y Firma

26984217
Documento: CC-26984217

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES, EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Luis Miguel Gaida Mendoza

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (CC)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 84.005.042

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 14 XII 1957 **EDAD:** 64

**DIRECCION:** Mojaritos III **BARRIO:**

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) (ACUEDUCTO) (LUZ) (ALCANTARILLADO) (GAS)

**TELEFONO:** 317 807 9393

**EPS:** ComFamiliar **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** (FISICA) INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:**

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI (NO)

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:** Ninguno

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Ventas de dulces y bonos

**QUE INSUMOS NECESITA:** Peso, enfriador

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

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 |
|---|---|---|---|
| LUIS | MIGUEL | GARCIA | MENDOZA |

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: 84005042

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha Año | Mes | Día |
|---|---|---|---|
| centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S | 2021 | 12 | 11 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | HATONUEVO |

## 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 | 0.00 |
| Movilidad | 55.00 |
| Cuidado Personal | 25.00 |
| Relaciones | 0.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 41.67 |
| Participación | 75.00 |
| GLOBAL | 32.78 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b7102.2 b7151.2 b770.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s3200.224 s7501.272

3. Codigos Actividades y Participación

d4501.3 d4602.2 d879.3

La salud es de todos

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | | Firma |
|---|---|---|---|
| CARLOS JULIO NEGRETE FUENTES | Psicología | CC-1065203739 | Carlos Negrete |
| WESLY PLATA SIERRA | Medicina | CC-1121329589 | Wesly Plata S. |
| ISAILIS MARIA MAESTRE BENJUMEA | Trabajador Social | CC-1121336822 | |

### g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *LUIS MIGUEL GARCIA MENDOZA* manifiesto que: *SI*

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

Nombre y Firma

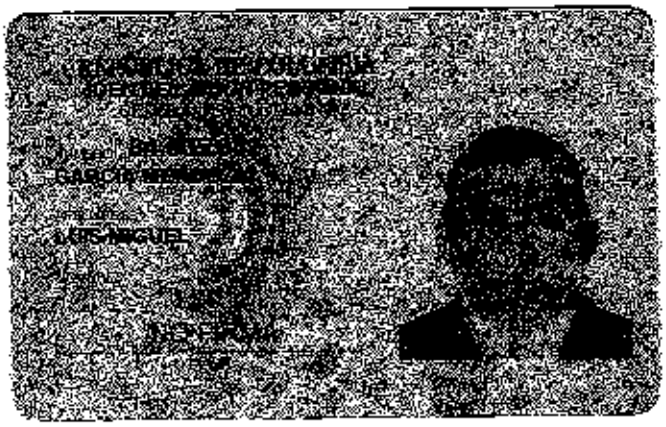
84005042

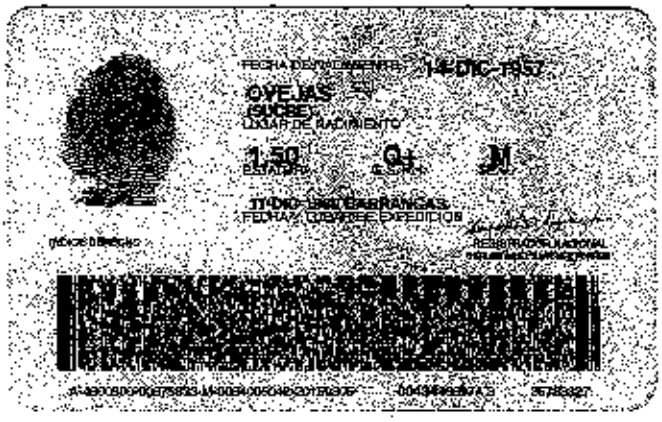
Documento: CC-84005042

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.*

*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez*




14-DIC-1957
OVEJAS
(SUCRE)
1.50
Q+
M

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Javier Manuel Carmona Lourth

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (CC)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.067.841.067

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 23 Nov 2003 **EDAD:** 18 años

**DIRECCION:** Cll 11B#20-71 **BARRIO:** 20 de Julio

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR (ARRENDADA)

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) (ACUEDUCTO) (LUZ) (ALCANTARILLADO) (GAS)

**TELEFONO:** 3113097744

**EPS:** AIC **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA (INTELECTUAL) SENSORIAL MULTIPLE Paralisis Facial

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Paralisis Facial

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Fiebres altas.

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:** Bachiller

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

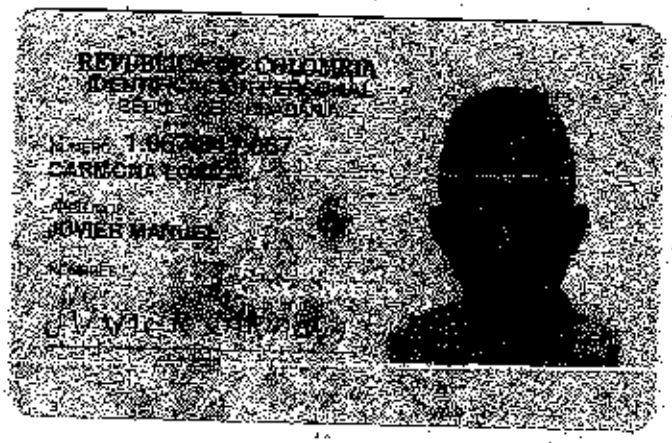
**CUAL UTILIZA:**

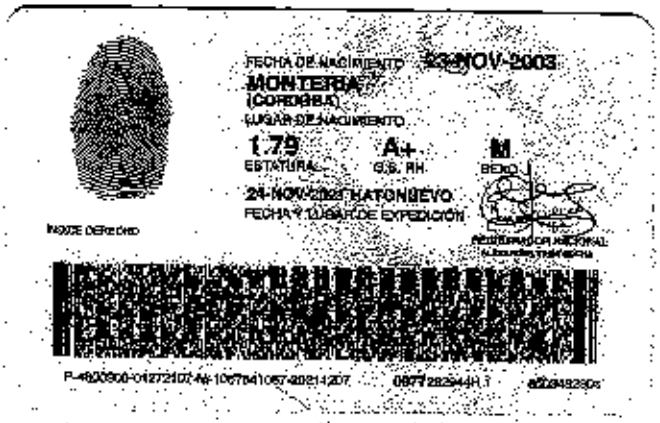
**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Ventas de Frutos

**QUE INSUMOS NECESITA:** Aceite, Harina, Vitaminas

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO




FECHA DE NACIMIENTO 23-NOV-2003
MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.79
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
24-NOV-2021 MATONSEVO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO

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 |
|---|---|---|---|
| JUVIER | MANUEL | CARMONA | LOAIZA |

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: 1067841067

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S

2.2 Fecha

| Año | Mes | Día |
|---|---|---|
| 2021 | 12 | 11 |

2.3 Departamento

LA GUAJIRA

2.4 Municipio

HATONUEVO

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | X | NO | |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | | NO | X |
| Intelectual | SI | X | NO | |
| Psicosocial (Mental) | SI | | NO | X |
| Sordoceguera | SI | | NO | X |
| Múltiple | SI | X | NO | |

## d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 25.00 |
| Movilidad | 0.00 |
| Cuidado Personal | 0.00 |
| Relaciones | 20.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 16.67 |
| Participación | 43.75 |
| GLOBAL | 17.57 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b167.1 b330.1 b7302.1

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.188 s7103.162

3. Codigos Actividades y Participación

d350.1 d820.1 d910.1

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Jaider Enrique Diaz Ortiz

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (CC)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.121.299.900

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 21 X 1990 **EDAD:** 31

**DIRECCION:** Cll 18 # 21 - 48 **BARRIO:** Cerro Verde

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR (ARRENDADA)

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO ACUEDUCTO (LUZ)

(ALCANTARILLADO) (GAS)

**TELEFONO:** 3005905548

**EPS:** Coonfaguajira **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA (INTELECTUAL) SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Retardo Mental

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Nacimiento

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

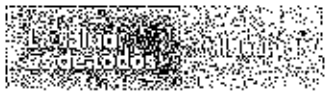
**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Ventas de Dulces y Helados

**QUE INSUMOS NECESITA:** Fortalecer las Ventas de Dulces y Jugos

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO



# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| JAIDER | ENRIQUE | DIAZ | ORTIZ |

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: 1121299900

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S

2.2 Fecha

| Año | Mes | Día |
|---|---|---|
| 2021 | 7 | 13 |

2.3 Departamento

LA GUAJIRA

2.4 Municipio

HATONUEVO

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | | NO | X |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | | NO | X |
| Intelectual | SI | X | NO | |
| 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 | 5.00 |
| Cuidado Personal | 0.00 |
| Relaciones | 25.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 5.00 |
| Participación | 53.13 |
| GLOBAL | 18.35 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b110.1 b122.1 b164.1

2. Codigos Estructuras Corporales

s1108.173 s320.174 s3203.174

3. Codigos Actividades y Participación

d155.1 d7500.1 d879.3

**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma | |
|---|---|---|---|
| CARLOS JULIO NEGRETE FUENTES | Psicología | Carlos Negrete | CC-1065203739 |
| MARIA FERNANDA DAMIAN RUMBO | Fisioterapia | María Fernanda Damián | CC-1065838148 |
| HUSSEIN ENRIQUE TORRES RAMIREZ | Medicina | Hussein Torres | CC-17973937 |

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *JAIDER ENRIQUE DIAZ ORTIZ* manifiesto que: *SI*

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

Jaider Diaz Ortiz

Nombre y Firma

1121299900

Documento: CC-1121299900

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*

*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.121.299.900

DIAZ ORTIZ

APELLIDOS

JAIDER ENRIQUE

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 21-OCT-1990

BARRANCAS
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

11-DIC-2008 HATONUEVO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-4800900-00163978-M-1121299900-20090723 0013800501A 1 25452959

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Fernando Meza Diaz

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 77.191.829

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 9 Agosto 1959 **EDAD:** 53 años

**DIRECCION:** C11 14 #18-76 **BARRIO:** El Carmen

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR (ARRENDADA)

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO (ACUEDUCTO) (LUZ) (ALCANTARILLADO) (GAS)

**TELEFONO:** 316 469 25 57

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** (FISICA) INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:**

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Aplicación de una Inyección

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:** Ninguno

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

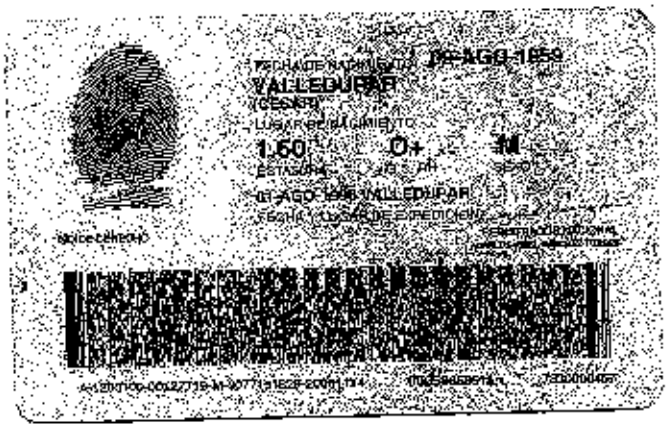
**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Venta de Comida.

**QUE INSUMOS NECESITA:** Arroz, Aceite y otros

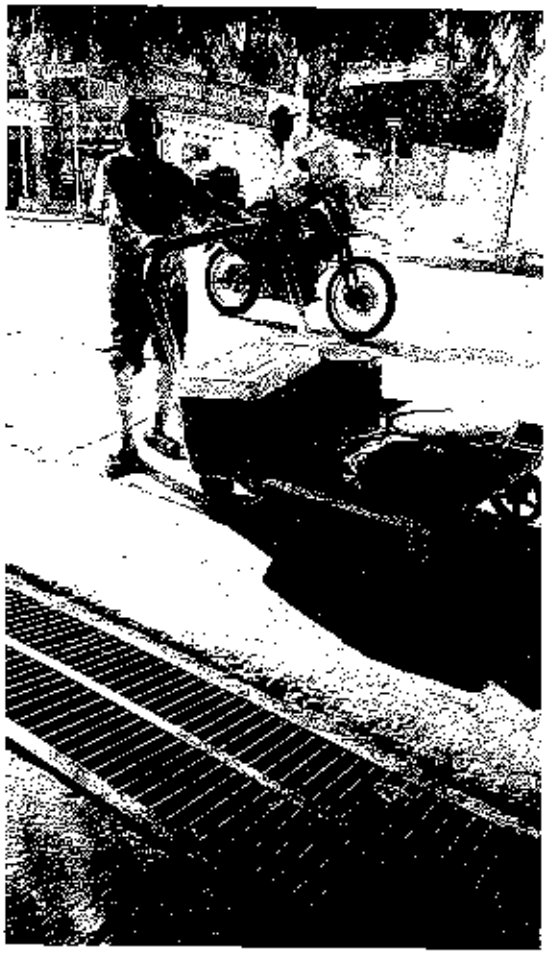
**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO






Cel: 316 469 25 57







# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| FERNANDO | | MEZA | DIAZ |

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 77191829

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S

2.2 Fecha

| Año | Mes | Día |
|---|---|---|
| 2021 | 12 | 12 |

2.3 Departamento

LA GUAJIRA

2.4 Municipio

HATONUEVO

## 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 | 0.00 |
| Movilidad | 45.00 |
| Cuidado Personal | 0.00 |
| Relaciones | 0.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 36.11 |
| Participación | 75.00 |
| GLOBAL | 26.02 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b710.2 b730.1 b770.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s750.173

3. Codigos Actividades y Participación

d4501.2 d4602.2 d879.3

La salud es de todos | Minsalud

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| CARLOS JULIO NEGRETE FUENTES | Psicología | CC-1065203739 Carlos Negrete. |
| WESLY PLATA SIERRA | Medicina | CC-1121329589 Wesly plata S. |
| ISAILIS MARIA MAESTRE BENJUMEA | Trabajador Social | CC-1121338822 |

### g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *FERNANDO MEZA DIAZ* manifiesto que: *SI*
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

[redacted]
Nombre y Firma

77.191.829
Documento: CC-77191829

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Elena Ojeda Romero

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I CC

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 26.959.733

**SEXO:** F M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 20-12-43 **EDAD:** 77

**DIRECCION:** Calle 14 # 20-54 **BARRIO:** 20 de Julio

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO ACUEDUCTO LUZ ALCANTARILLADO GAS

**TELEFONO:** 3023485334

**EPS:** Nueva EPS **REGIMEN:** Contributivo

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Amputación de dedo de pie izquierdo, Glaucoma

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Diabetes

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO

**PARENTESCO:** Hija

**NIVEL EDUCATIVO:** Primaria

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:**

**QUE INSUMOS NECESITA:**

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

La salud es de todos

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| ELDA | ELENA | OJEDA | ROMERO |

1.5 Documento de Identidad

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

Número de documento de Identidad: 28959733

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURFURA S.A.S

2.2 Fecha

| Año | Mes | Día |
|---|---|---|
| 2021 | 12 | 21 |

2.3 Departamento

LA GUAJIRA

2.4 Municipio

MAICAO (DC)

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

| | | | |
|---|---|---|---|
| Física | SI | X | NO |
| Visual | SI | X | NO |
| Auditiva | SI | X | NO |
| Intelectual | SI | | NO X |
| Psicosocial (Mental) | SI | | NO X |
| Sordoceguera | SI | | NO X |
| Múltiple | SI | X | NO |

## d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 8.33 |
| Movilidad | 15.00 |
| Cuidado Personal | 0.00 |
| Relaciones | 0.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 43.00 |
| Participación | 68.75 |
| GLOBAL | 22.85 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b210.2 b230.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s250.273 s260.273 s750.271

3. Codigos Actividades y Participación

d4501.1 d879.3 d910.3

La salud es de todos · Minsalud

**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| LILIA MANUELA LESPORT FERNANDEZ | Medicina | CC-1032386359 Lilia lesport |
| MARBEL TATIANA CONTRERAS DANGOND | Fonoaudiología | CC-1121337009 |
| YOBANA PATRICIA HERNANDEZ CARRILLO | Terapia ocupacional | CC-26988872 |

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *ELDA ELENA OJEDA ROMERO* manifiesto que: *SI*
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

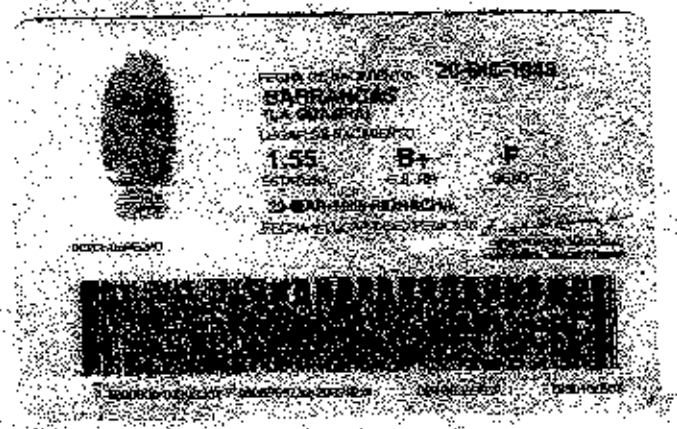
Elda Ojeda 26959733

Nombre y Firma Documento: CC-26959733

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridos el certificado de discapacidad no tendra validez*




1.55
B+
F

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Vision Guajira
NIT 900.750.9489

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hato nuevo **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:**

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I C.C ✓

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 56.086.987

**SEXO:** F ✓ M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 23-5-1978 **EDAD:** 43 años

**DIRECCION:** cll 19 # 10-81 **BARRIO:** 12 de Oct.

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA ✓ FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO ✓ ACUEDUCTO ✓ LUZ ✓

ALCANTARILLADO ✓ GAS ✓

**TELEFONO:** 300 245 9375 ✓

**EPS:** Comfoguajira **REGIMEN:** subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE ✓

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Retraso Mental

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI ✓ NO

**PARENTESCO:** Madre

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO ✓

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI NO ✓

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:**

**QUE INSUMOS NECESITA:**

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Julied Caro Toncel

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I C.C ✓

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 56.056.987

**SEXO:** F ✓ M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 23-1-1978 **EDAD:** 43 años

**DIRECCION:** Calle 6 # 10-81 **BARRIO:** Ramon de Jugue

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA ✓ FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO ✓ ACUEDUCTO ✓ LUZ ✓ ALCANTARILLADO ✓ GAS ✓

**TELEFONO:** 300 2459395

**EPS:** comfaguajira **REGIMEN:** subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE ✓

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Retroso Mental

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI ✓ NO

**PARENTESCO:** Madre

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO ✓

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI NO ✓

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:**

**QUE INSUMOS NECESITA:**

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

H

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Julieth Cano Toncel

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 56056987

**SEXO:** F M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 23/1978 **EDAD:** 43 años

**DIRECCION:** Cll 19 #10-81 **BARRIO:** 12 de oct

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** I

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) (ACUEDUCTO) (LUZ) (ALCANTARILLADO) (GAS)

**TELEFONO:** 300 245 9375

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE Retardo Mental.

**TIPO DE DISCAPACIDAD:**

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO

**PARENTESCO:** Madre

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI (NO)

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:**

**QUE INSUMOS NECESITA:**

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI (NO)

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 |
|---|---|---|---|
| YULIED | | CARO | TONCEL |

### 1.5 Documento de Identidad

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

Número de documento de identidad: 56056987

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha | | |
|---|---|---|---|
| | Año | Mes | Día |
| Areté- Centro de Audiodiagnóstico y Rehabilitación Fonoaudiológica SAS | 2021 | 12 | 28 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | FONSECA |

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | | NO | X |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | | NO | X |
| Intelectual | SI | X | NO | |
| Psicosocial (Mental) | SI | X | NO | |
| Sordoceguera | SI | | NO | X |
| Múltiple | SI | X | NO | |

## d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 75.00 |
| Movilidad | 25.00 |
| Cuidado Personal | 0.00 |
| Relaciones | 25.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 45.00 |
| Participación | 50.00 |
| GLOBAL | 36.67 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.4

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d155.3 d161.3 d175.3

La salud es de todos | Minsalud

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| MAIRY PAOLA SOLANO BRITO | Fonoaudiología | CC-1120742988 |
| JORGE LUIS PEREZ MOLINA | Medicina | CC-17953649 |
| MARILIS MARIA AMAYA BLANCHAR | Terapia ocupacional | CC-56054906 |

### g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *YULIED CARO TONCEL* manifiesto que: *SI*

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

Yulith Caro — 56056987

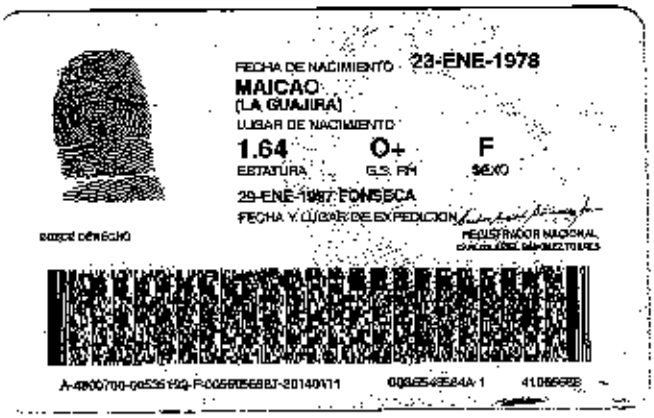
Nombre y Firma — Documento: CC-56056987

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez*



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 56.056.887
CARO TONCEL
APELLIDOS
JULIED
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 23-ENE-1978
MAICAO
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
29-ENE-1997 FONSECA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

A-48007700-00556192-P-0056056887-20140111 008654E84A 1 41056887

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DELIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Johana Patricia Acosta Gamez

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I C.C ✓

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 56.058.149

**SEXO:** F ✓ M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 28-07-76 **EDAD:** 46 años

**DIRECCION:** Mza 22 casa 10 **BARRIO:** Villa hermosa

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA ✓ FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO ✓ ACUEDUCTO ✓ LUZ ✓ ALCANTARILLADO ✓ GAS ✓

**TELEFONO:** 318 299 96 94

**EPS:** comfaguajira **REGIMEN:** subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA ✓ INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Herida de balas

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:** Sexto de bachillerato

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI NO ✓

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:**

**QUE INSUMOS NECESITA:**

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** **DEPARTAMENTO:**

**NOMBRES COMPLETOS:** Johana Patricia Acosta Gomez

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (CC)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 56.058.149

**SEXO:** (F) M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 28/VIII/1978 **EDAD:** 44

**DIRECCION:** Mza 22 Casa 10 **BARRIO:** Villa Hermosa

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) (ACUEDUCTO) (LUZ) (ALCANTARILLADO) (GAS)

**TELEFONO:** 3182999694

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** Subsidiada

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** (FISICA) INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:**

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Herida de bala

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:** Sexto

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

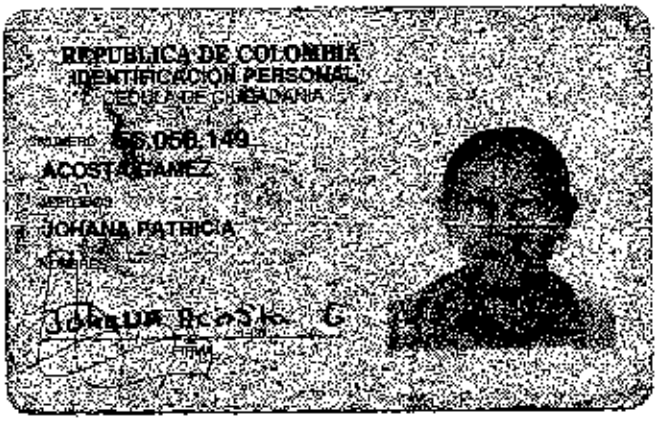
**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI (NO)

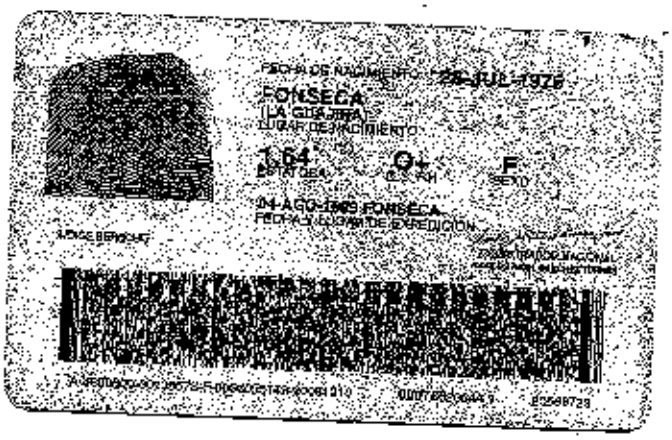
**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:**

**QUE INSUMOS NECESITA:**

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI (NO)

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 56.056.149
ACOSTA GAMEZ
APELLIDOS
JOHANA PATRICIA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 28-JUL-1976
FONSECA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
04-AGO-1995 FONSECA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
APELLIDOS

# EPICRISIS

## 1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 56058149 G. Etarea 7 Edad: 30 AÑOS
Cedula 56058149 JOHANA PATRICIA ACOSTA GAMEZ Sexo: Femenino
INGRESO Fecha 20/07/2006 EGRESO Fecha 28/08/2006 Tipo de Atención HOSPITALIZACION

SIN PERDIDA DE LA SENSIBILIDAD , CONTROL DE PARACLINICOSO CON , CH CON ANEMIA GRADO , 2 , RESTO DE LOS PARACLINICOS SIN CAMBIOS ,
PACIETNE ESTABLE, ACTULAMTEN LA CONDUCTA NO ES QX POR PARTE DE NEUROCX , SE CONSIDERA QUE DEBE CONTINUR MANEJO EN PISO , PLAN TRASLADO AL PISO CONTINAUR MANEJO POR NEUROCX
EVOLUCION REALIZADA POR: ANA MARIA RIZARRO FERNANDEZEL 21/07/06
UNIDAD DE CUIDADO CRITICO
PACIENTE DE 29 AÑOS EN SU 1 DÍA DE INTERNACIÓN
HPAF EN COLUMNA LUMBAR
POP DE LAPARATOMIA POR HEMOPERITONEO
S: REFIERE DOLOR TIPO LANZINANTE OCASIONAL EN MIEMBROS INFERIORES
CONSERVA SENSORIO, MANTIENE PARAMETROS VITALES DENTRO DE LOS RANGOS NORMALES, TA 123/66 MMHG FC: 88 X MIN FR: 18 X MIN GLASGOW 15/15 ; NIVEL DE SENSIBILIDAD L2,
A: EN RONDA SE INCREMENTA DOSIS DE CEFALOSPORINA A 4 GR DIA TENIENDO EN CUENTA MLO DOSIS, ANEMIA GRADO 2
BUENA RESPUESTA LEUCOCITARIA.
CONDUCTA NO ES QX POR PARTE DE NEUROCX.
PLAN : MANEJO EN PISO POR NEUROCIRUJANO
EVOLUCION REALIZADA POR: JOSEFA MAGALLY FONTALVO RODRIGEL 21/07/06
UNIDAD DE CUIDADO CRITICO
PACIENTE DE 29 AÑOS EN SU 1 DÍA DE INTERNACIÓN
HPAF EN COLUMNA LUMBAR
POP DE LAPARATOMIA POR HEMOPERITONEO
FC 86 x min FR 20 x min TA 110/80
Pte. alerta, orientada en las tres esferas, glasgow 15/15, paraparesia +/++++, parestasias en MMII s y dolor ocasional en los mismos, hipoestesia grave en MMII s. Cardiopulmonar normal. Abd RHs ++/++++, blando, depresible, no signos de irritacion peritoneal, HxOx cubierta, REF sin datos relevantes.
A/Pte. hemodinamicamente estable, pdte. traslado a pisos, EVOLUCION REALIZADA POR: LEOPOLDO A MARTINEZ MORALESEL 21/07/06
INGRESO A PISO:
PACIENTE FEMENINA DE 27 AÑOS DE EDAD CON DX:
1)HPAF EN COLUMNA LUMBAR.
2)POP DE LAPAROTOMIA POR HEMOPERITONEO.
3)S. ANEMICO POR PERDIDAS.
QUIEN INGRESA AL SERVICIO DE HOSPITALIZACION PROCEDENTE DEL SERVICIO DE UCI EN REGULAR ESTADO GENERAL, AFEBRIL E HIDRATADO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE,
CONCIENTE Y ALERTA.
A.P.: SIN DATOS DE IMPORTANCIA, ALERGIA (-).
A.F.: SIN DATOS DE IMDORTANCIA.
R.X SISTEMA.: NO REFIERE.
S.V.: FR 20X' FC 80X' TA 110/70 MMHG TEMP: 37ºC.
EXAMEN FISICO
C.C.C.: NORMOCEFALO
CARDIO-PULMONAR: RS CS RS, RS PS CLAROS.
ABDOMEN: RS PS PS, BLANDO, DEPRESIBLE, HERIDA QX (+) EN BUEN ESTADO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
PRESENTA HERIDA VENDADA EN REGION LUMBAR EN BUEN ESTADO.
G.U.: NORMOCONFIGURADOS EXTERNAMENTE.
EXTREMIDADES: SIMETRICAS, SIN EDEMA.
S.N.C: NO DEFICIT NEUROLOGICO APARENTE.

# EPICRISIS

## I. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 56058149 G. Etarea 7 Edad: 30 AÑOS
Cedula 56058149 JOHANA PATRICIA ACOSTA GAMEZ Sexo: Femenino
INGRESO Fecha 20/07/2006 EGRESO Fecha 28/08/2006 Tipo de Atención HOSPITALIZACION

1 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA
Fecha de Orden:20/07/2006
INTERCONSULTA POR NEUROCIRUGIA Fecha de Orden: 20/07/2006
OBSERVACIONES:
RESULTADOS: . FECHA Y HORA DE APLICACION:
1 TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL TORACICO L
Fecha de Orden:20/07/2006
TC COLUMNA LUMBAR
TECNICA:
El estudio tomográfico computerizado fue realizado en el plano axial sin la administración del medio de contraste, realizado en tomógrafo helicoidal de última generación.
RESULTADO:
-EL TOPOGRAMA MUESTRA RECTIFICACION DE LA LORDOSIS LUMBAR.
-HAY PRESENCIA DE FRACTURAS MULTIPLES NO DESPLAZADAS DE LOS CUERPOS VERTEBRALES L2-L3 Y L3-L4, ASI MISMO SE EVIDENCIA FRAGMENTOS OSEOS Y ESQUIRLAS METALICAS A NIVEL DEL ESPACIO INTRATECAL Y A NIVEL DE LAS RAICES QUE CONSTITUYEN LA CAUDA EQUINA POR HERIDA POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO.
-LOS FORAMENES EN ESTA MISMA TOPOGRAFIA SE ENCUENTRAN COMPROMETIDOS Y LA APOFISIS INTERFACETARIA DE L3-L4 DERECHA SE ENCUENTRA DESTRUIDA.
-NO HAY EVIDENCIA DE PROTUSIONES DISCO-OSTEOFITARIAS FOCALES O DIFUSAS EN LOS DEMAS INTER-ESPACIOS ESTUDIADOS.
-LIGAMENTO AMARILLO DE ASPECTO USUAL.
-LOS DEMAS CUERPOS VERTEBRALES ESTÁN BIEN ALINEADOS SIN EVIDENCIAS TOMOGRAFICAS DE ESPONDILOLISTESIS O ESPONDILOLISIS.
OPINION: VER DESCRIPCION.
LEIDO POR EDWIN A. PIZARRO P
MEDICO RADIOLOGO-IMAGENOLOGO
TOMADO EL DIA 20/07/06
UCI
FECHA Y HORA DE APLICACION:21/07/2006 09:50:03
1 HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICE
Fecha de Orden:21/07/2006
- HEMATOCRITOS: 27.0 %
HEMOGLOBINA: 8.8 gr%
HEMATIES: 3.100.000 XMM3
LEUCOCITOS: 6.800 XMM3
PLAQUETAS: 268.000 XMM3
DIFERENCIAL:
NEUTROFILOS: 85 %
LINFOCITOS: 15 %
MONOCITOS:
CAYADOS:
FECHA Y HORA DE APLICACION:21/07/2006 09:48:42
1 CREATININA
Fecha de Orden:21/07/2006
CREATININA: 0.7 MG / DL.- .
FECHA Y HORA DE APLICACION:21/07/2006 09:47:29

# EPICRISIS

## TOS GENERALES E IDENTIFICACION

ISTORIA CLINICA No. 56058149 G. Etareo 7 Edad: 30 AÑOS
Cedula 56058149 JOHANA PATRICIA ACOSTA GAMEZ Sexo: Femenino
INGRESO Fecha 20/07/2008 EGRESO Fecha 28/08/2008 Tipo de Atención HOSPITALIZACION

| | | | |
|---|---|---|---|
| 8.00 | CC | DIPIRONA SOLUCION INYECTABLE | SUSPENDIDO |
| 2.00 | AMPOLLAS | MEPERIDINA AMPOLLA | SUSPENDIDO |

DILUIR EN 10 CC DE AD, PASAR 3 CC IV POR DOLOR SEVERO

 FIRMA ROXANA GIRALDO MASSU REGISTRO MI0182

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Yeris Isabel Mendoza

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I C.C ✓

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 56.057.459

**SEXO:** F ✓ M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 30-08-1968 **EDAD:** 53 años

**DIRECCION:** Calle 27 # 13-80 **BARRIO:** Prudencio padilla

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR ✓ ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO ✓ ACUEDUCTO ✓ LUZ ✓

ALCANTARILLADO ✓ GAS ✓

**TELEFONO:** 3157217261

**EPS:** Cajacopi **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA ✓ INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Artrodesis de rodilla izquierda

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Desgaste de rodilla

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO ✓

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:** 4 bachillerato

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI ✓ NO

**CUAL UTILIZA:** Baston

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI ✓ NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Venta de accesorios

**QUE INSUMOS NECESITA:** Artículos accesorios para mujer

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI ✓ NO

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:** 17/Agosto/2022

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Yerlis Isabel Mendoza

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I CC X

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 56057.459.

**SEXO:** F X M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 30/ago/1968 **EDAD:** 53 años

**DIRECCION:** Calle 27#13-80 **BARRIO:** Prudencio Padilla

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR X ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO X ACUEDUCTO X LUZ X

ALCANTARILLADO X GAS. X

**TELEFONO:** 3157217261

**EPS:** Caja Copi **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA X INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Artrodesis de Rodilla Izquierda.

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Desgaste de Rotula

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO X

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:** 4 Bachillerato

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI X NO

**CUAL UTILIZA:** Baston

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI X NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Venta de accesorios

**QUE INSUMOS NECESITA:** articulos accesorios para mujeres

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI X NO

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel: 3008895272*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 56.057.459

MENDOZA
APELLIDOS

YERLIS ISABEL
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 30-AGO-1968
FONSECA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

19-MAY-1987 FONSECA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALMAGATRO RENTA LOPEZ

A-4800700-88120575-F-0056067459-20041004 08097 042758 02 146976792

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 |
|---|---|---|---|
| YERLIS | ISABEL | MENDOZA | |

### 1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 56057459

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha Año | Mes | Día |
|---|---|---|---|
| Areté- Centro de Audiodiagnóstico y Rehabilitación Fonoaudiológica SAS | 2022 | 4 | 20 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | FONSECA |

## 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 | 75.00 |
| Cuidado Personal | 62.50 |
| Relaciones | 35.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 70.00 |
| Participación | 71.88 |
| GLOBAL | 56.56 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b715.4 b720.3 b729.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s750.382 s798.388

3. Codigos Actividades y Participación

d4154.3 d4501.3 d4602.3

La salud es de todos Minsalud

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| JORGE LUIS PEREZ MOLINA | Medicina | CC-17953649 |
| MARILIS MARIA AMAYA BLANCHAR | Terapia ocupacional | CC-56054906 |
| YOALMIS LEONOR COBOS DAZA | Fonoaudiología | CC-56059278 |

### g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *YERLIS ISABEL MENDOZA* manifiesto que: *SI*

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

Yerlis Mendoza — 56057459

Nombre y Firma — Documento: CC-56057459

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como media para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*

# FUNDACION FLORECER

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

ALLE 13 No. 20 -71 BARRIO EL CENTRO 3114172501

| | | | |
|---|---|---|---|
| Paciente: | YERLIS ISABEL MENDOZA | Identificación: | 56057459 |
| Dirección: | CLL18N.3-112 BARRIO 15 DE DICIEMBRE | Ciudad: | FONSECA |
| Teléfono: | 3126767184 | Asegurador: | CAJACOPI EPS \| CAJACOPI EPS |

## HISTORIA CLÍNICA DE CONTROL MED. ESPECIALIZADA

No. 2012477 Edad del paciente: 53 años 6 meses y 3 días Fecha de la nota: 5/03/2022 10:43:56 a. m.

### Datos de la Consulta

**MOTIVO DE CONSULTA** DOLOR

**ENFERMEDAD ACTUAL**

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ARTRODESIS DE RODILLA IZQUIERDA QUIEN HA TENIDO EPISODIOS DE INFECCION EN SITO QUIURGICO, AL MOMENTO REFIERE QUE HA PASADO TRAQUILA SIN DOLOR HERIDA QUIURGICA LIMPIA SIN SIGNO DE INFECCION

### Examen Físico

| CLASIFICACION DE RIESGO POR T.A | TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA | TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA |
|---|---|---|
| Optima | 70 | 110 |

| Clasificación antropométrica (IMC) | I.M.C | PESO (kg) | TALLA (Cms) |
|---|---|---|---|
| Sobrepeso | 25,71 | 70 | 165 |

| F. CARDÍACA (Lat/Min) | F. RESPIRATORIA (Res/Min) | TEMPERATURA (°C) |
|---|---|---|
| 88 | 16 | 37 |

**CABEZA**
NORMAL

**OJOS**
NORMAL

**CUELLO**
NORMAL

**OTORRINO**
NORMAL

**ABDOMEN**
ABDOMEN BLANDO. NO VISCEROMEGALIAS

**CARDIOPULMONAR**
NORMAL
MAMAS DE FORMA Y VOLUMEN NORMAL , SIN ALTERACIONES DE PIEL NI PEZONES . SE PALPA PQUEÑA LESION FIBROADENOSA EN CSII . NO ADENOMEGALIAS

**EXTREMIDADES**
SIN EDEMA

**GENITOURINARIO**
NORMALES

**S.N.C** NORMAL

**OTROS HALLAZGOS** NO

### IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA** ARTRODESIS RODILLA IZQUIERDA

### Plan Terapéutico (Dosis y Via de Administración)

**PLAN O MANEJO** VOM

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.9489

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Berta Rosa Granados Martinez

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I CC✓

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 39 920 232

**SEXO:** F✓ M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 09-01-1947 **EDAD:** 72 años

**DIRECCION:** Cle 13 # 60 **BARRIO:** Villa hermosa

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR ARRENDADA✓

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO✓ ACUEDUCTO✓ LUZ✓ ALCANTARILLADO✓ GAS✓

**TELEFONO:** 312 803 1209

**EPS:** Sanitas **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA✓ INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Isquemia celebral

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Enfermedad

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI✓ NO

**PARENTESCO:** Esposo

**NIVEL EDUCATIVO:** Bachiller

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI✓ NO

**CUAL UTILIZA:** Baston

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI✓ NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Ventas varias

**QUE INSUMOS NECESITA:** Nevera, Pacas de hielo, agua, arroz, mecatos, etc

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI✓ NO

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.9489

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Berta Rosa Granados Martinez

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (CC)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 39.920.232

**SEXO:** (F) M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 09/07/1949 **EDAD:** 72 Años

**DIRECCION:** Calle 13A #60 **BARRIO:** Villa Hermosa

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR (ARRENDADA)

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO✓ ACUEDUCTO✓ LUZ✓ ALCANTARILLADO✓ GAS✓

**TELEFONO:** 312 803 12 09

**EPS:** Sanitas **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA✓ INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Isquemia Cerebral

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Enfermedad

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Esposo

**NIVEL EDUCATIVO:** Bachiller

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** (SI) NO

**CUAL UTILIZA:** Baston

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Ventas varias

**QUE INSUMOS NECESITA:** Nevera, bolsas de hielo, agua, Arroz

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** (SI) NO

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel: 3008895271*
*Cra 18 No. 13 - 05 Fonseca, La Guajira*

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 |
|---|---|---|---|
| BERTA | ROSA | GRANADOS | MARTINEZ |

## b. Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 34920232

## c. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha | | |
|---|---|---|---|
| | Año | Mes | Día |
| Areté- Centro de Audiodiagnóstico y Rehabilitación Fonoaudiológica SAS | 2022 | 4 | 23 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | FONSECA |

## d. CATEGORÍA 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 |

## e. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 37.50 |
| Movilidad | 100.00 |
| Cuidado Personal | 93.75 |
| Relaciones | 45.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 85.00 |
| Participación | 65.63 |
| GLOBAL | 71.15 |

## f. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b310.2 b710.3 b7101.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s730.372 s750.372

3. Codigos Actividades y Participación

d350.3 d4104.4 d4602.4

La salud es de todos Minsalud

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | | Firma |
|---|---|---|---|
| MAIRY PAOLA SOLANO BRITO | Fonoaudiología | CC-1120742988 | |
| NADIR MARIA RAMIREZ GRANADILLO | Psicología | CC-1121041880 | |
| JORGE LUIS PEREZ MOLINA | Medicina | CC-17953649 | |

### g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *BERTA ROSA GRANADOS MARTINEZ* manifiesto que: *SI*

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

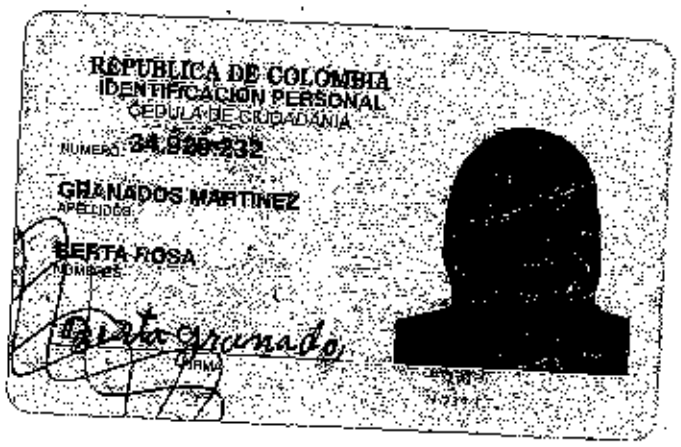
Nombre y Firma

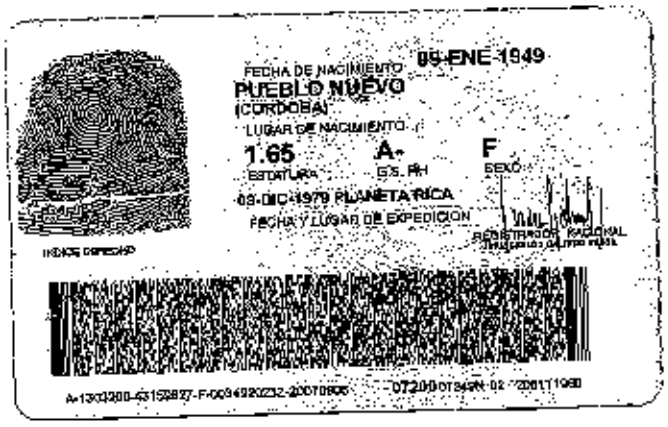
1596107

Documento: CC-34920232

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 34.928.232
GRANADOS MARTINEZ
APELLIDOS
BERTA ROSA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 05-ENE-1949
PUEBLO NUEVO
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
03-DIC-1979 PLANETA RICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1300300-43153827-F-0034920232-20070605 0720007849M 02 20011980

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.9489

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Egaldis Esther Fonseca crismac

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I C.C ✓

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.792.945.948

**SEXO:** F ✓ M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 26-05-1969 **EDAD:** 53 años

**DIRECCION:** Carrera 10 # 15-26 **BARRIO:** Primero de julio

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 2

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR ✓ ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO ✓ ACUEDUCTO ✓ LUZ ✓

ALCANTARILLADO ✓ GAS ✓

**TELEFONO:** 3024560067

**EPS:** Dusakawi **REGIMEN:** subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA ✓ INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE ✓

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Paralisis de hemicuerpo derecho

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Enfermedad adquirida

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI ✓ NO

**PARENTESCO:** prima

**NIVEL EDUCATIVO:** tecnologo

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI ✓ NO

**CUAL UTILIZA:** Sillas de rueda

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI ✓ NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Vendedor de comidas

**QUE INSUMOS NECESITA:** ollas, tazas, cucharones, carne, arroz, aceite, bolsas, ud dos, harina, aceite entre otros.

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI ✓ NO

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.949-9

11

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Egaldis esther fonseca epiayu

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.192.945.948

**SEXO:** (F) M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 26/05/1989 **EDAD:** 53 Años

**DIRECCION:** Carrera 10 #15-26 **BARRIO:** Primero de Julio

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 2

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA (FAMILIAR) ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO ✓ ACUEDUCTO ✓ LUZ ✓

ALCANTARILLADO ✓ GAS ✓

**TELEFONO:** 3024560067

**EPS:** Dusakawi **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA ✓ INTELECTUAL ✓ SENSORIAL MULTIPLE ✓

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Parálisis de Hemicuerpo derecho

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Enfermedad

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Prima

**NIVEL EDUCATIVO:** Tecnologo

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** (SI) NO

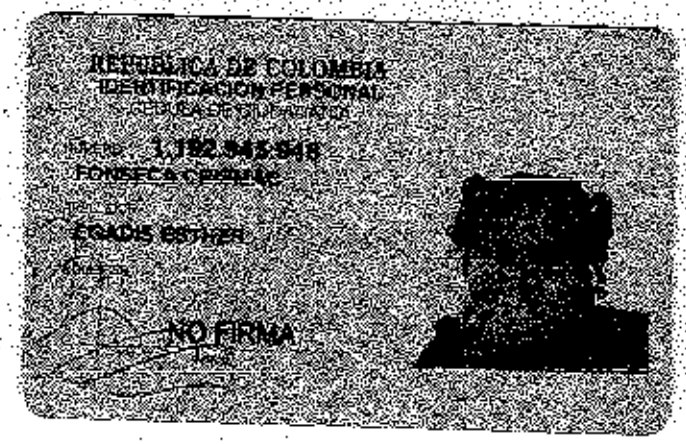
**CUAL UTILIZA:** Silla de ruedas

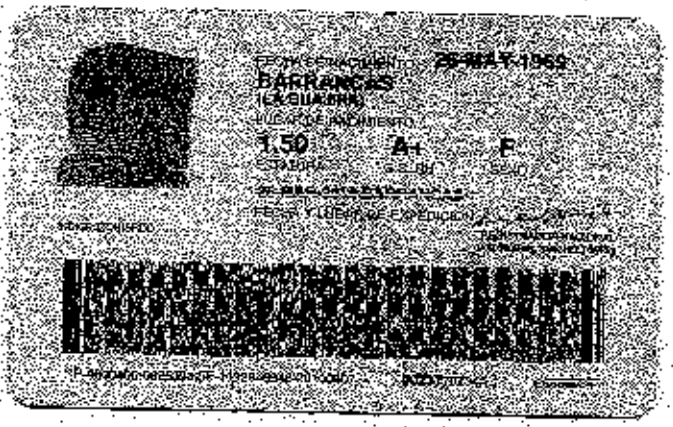
**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Vendedora de comidas.

**QUE INSUMOS NECESITA:** comida - carnes, arroz, verduras, aceite, bolsas

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** cuchara, tapas, ollas, Harina (SI) NO


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
NO FIRMA


BARRANCAS
(LA GUAJIRA)
1.50
A+
F

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.9489

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Edwin Rafael Licona Peralta

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I C.C ✓

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.120745917

**SEXO:** F M ✓

**FECHA DE NACIMIENTO:** 14-9-1991 **EDAD:** 30 años

**DIRECCION:** cll 19 # 10-84 **BARRIO:** 12 de Oct

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA ✓ FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO ✓ ACUEDUCTO ✓ LUZ ✓

ALCANTARILLADO ✓ GAS ✓

**TELEFONO:** 3135795645

**EPS:** nueva eps **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE ✓

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Sindrome de Down

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI ✓ NO

**PARENTESCO:** Madre

**NIVEL EDUCATIVO:** No

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI NO ✓

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:**

**QUE INSUMOS NECESITA:**

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

H

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Edwin Rafael Licona Peralta.

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (CC)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.120.745.917

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 14/X/1991 **EDAD:** 30 Años

**DIRECCION:** Cll 19 #10-84 **BARRIO:** 12 de oct

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) (ACUEDUCTO) (LUZ) (ALCANTARILLADO) (GAS)

**TELEFONO:** 3135795645

**EPS:** NEPS **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE Sindrome Down

**TIPO DE DISCAPACIDAD:**

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Madre

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI (NO)

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:**

**QUE INSUMOS NECESITA:**

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

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 |
|---|---|---|---|
| EDWIN | RAFAEL | LICONA | PERALTA |

1.5 Documento de identidad:

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

| Número de documento de identidad: | 1120745917 |
|---|---|

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha | | |
|---|---|---|---|
| | Año | Mes | Día |
| Areté- Centro de Audiodiagnóstico y Rehabilitación Fonoaudiológica SAS | 2021 | 12 | 28 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | FONSECA |

## c. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | | NO | X |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | | NO | X |
| Intelectual | SI | X | NO | |
| Psicosocial (Mental) | SI | X | NO | |
| Sordoceguera | SI | | NO | X |
| Múltiple | SI | X | NO | |

## d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 100.00 |
| Movilidad | 30.00 |
| Cuidado Personal | 43.75 |
| Relaciones | 0.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 45.00 |
| Participación | 75.00 |
| GLOBAL | 48.96 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b110.4 b117.4 b167.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s410.170

3. Codigos Actividades y Participación

d161.4 d350.4

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.120.745.917
LICONA PERALTA
APELLIDOS
EDWIN RAFAEL
NOMBRES
Edwin
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 14-SEP-1991
FONSECA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
02-FEB-2010 FONSECA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



I-1120745917-20100409 0021500084 1 M

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Alba Marina Torres Mendoza

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I CC

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 56.054.521

**SEXO:** F M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 18-04-66 **EDAD:** 56 años

**DIRECCION:** Mza 3 casa 6 **BARRIO:** villa hermosa

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO ACUEDUCTO LUZ

ALCANTARILLADO GAS

**TELEFONO:** 313 564 5603

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** hemiplegia

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO

**PARENTESCO:** Esposa

**NIVEL EDUCATIVO:** 6° bachillerato

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:** Gafas

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** tienda

**QUE INSUMOS NECESITA:** Productos de la canasta familiar

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.9489

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:** 09/08/2022

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Alba Marina Torrez Mendoza.

**TIPO DE IDENTIFICACION:** RC TI CC X

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 56054521

**SEXO:** F X M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 18-Abril-1966 **EDAD:** 56 años

**DIRECCION:** Manza 3 Casa 6. **BARRIO:** Villa Hermosa

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 01

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA X. FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO X ACUEDUCTO LUZ X

ALCANTARILLADO X GAS X.

**TELEFONO:** 3135645603

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA X INTELECTUAL SENSORIAL X MULTIPLE X

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Visual - Incompleta

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Esclerosis Multiple.

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI X NO

**PARENTESCO:** Esposo.

**NIVEL EDUCATIVO:** 6° Bachillerato

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI X NO

**CUAL UTILIZA:** Gafas.

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI X NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Tienda

**QUE INSUMOS NECESITA:** Productos de la canasta familiar

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI X NO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 56.054.521
TORRES MENDOZA
APELLIDOS
ALBA MARINA
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 18-ABR-1960
FONSECA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
28-MAY-1969 FONSECA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-0700-00382816-F-0056054521-20091002 0016782721A 1



FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Judith Ana Pimienta Olivero s

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (CC)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 57.439.653

**SEXO:** (F) M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 25 Abril 1958 **EDAD:** 65

**DIRECCION:** Mzna 4 Casa 10 **BARRIO:** Villa Hermosa

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) ACUEDUCTO (LUZ) (ALCANTARILLADO) (GAS)

**TELEFONO:** 3216043596

**EPS:** Cajacopi **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** (FISICA) INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:**

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** (SI) NO

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Ventas de comidas rapidas

**QUE INSUMOS NECESITA:** Aceite, Vitina enanes.

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel.: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 57.439.953

PIMIENTA OLIVEROS

APELLIDOS

JUDITH ANA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-ABR-1958

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

02-JUL-1992 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



A-4800700-00373987-F-0057439653-20120508 0829824287A 1 34299749

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 |
|---|---|---|---|
| JUDITH | ANA | PIMIENTA | OLIVEROS |

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 57439653

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S

2.2 Fecha

| Año | Mes | Día |
|---|---|---|
| 2021 | 8 | 31 |

2.3 Departamento

LA GUAJIRA

2.4 Municipio

FONSECA

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | X | NO | |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | | NO | X |
| Intelectual | SI | | NO | X |
| Psicosocial (Mental) | SI | X | NO | |
| Sordoceguera | SI | | NO | X |
| Múltiple | SI | X | NO | |

## d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 25.00 |
| Movilidad | 60.00 |
| Cuidado Personal | 50.00 |
| Relaciones | 40.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 40.00 |
| Participación | 62.50 |
| GLOBAL | 46.25 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b144.3 b152.3 b730.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.273 s740.260 s750.283

3. Codigos Actividades y Participación

d4104.3 d4154.3 d4501.2

La salud es de todos | Ministerio

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| ALBENIS JOSE ORTIZ ARIÑO | Fonoaudiología | CC-1120746948 |
| WESLY PLATA SIERRA | Medicina | CC-1121329589 wesly Plata S. |
| YOBANA PATRICIA HERNANDEZ CARRILLO | Terapia ocupacional | CC-26988872 Yobana P. Hernandez |

### g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *JUDITH ANA PIMIENTA OLIVEROS* manifiesto que: *SI*

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

Norelys Toloza Contreras 1063481516

Nombre y Firma

Documento: CC-57439653

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*

*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Yamileth Arcinegas Mieles

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (CC)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 56.058.122

**SEXO:** (F) M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 13/11/1976 **EDAD:** 45 Años

**DIRECCION:** Calle 25 11-12 **BARRIO:** Cristo Rey

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR (ARRENDADA)

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO✓ ACUEDUCTO LUZ✓

ALCANTARILLADO GAS

**TELEFONO:** 3043375517

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Auditiva

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Nacimiento

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Hermano

**NIVEL EDUCATIVO:** PO

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

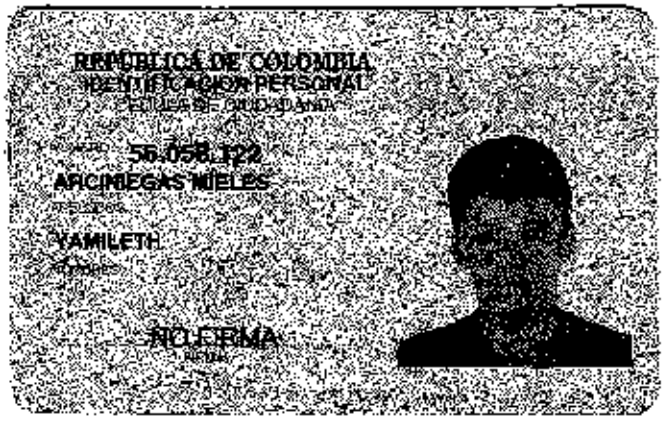
**CUAL UTILIZA:**

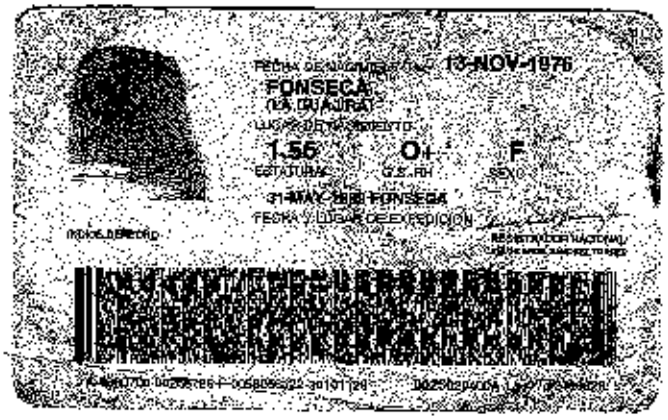
**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Arregla zapatos y Recicladora

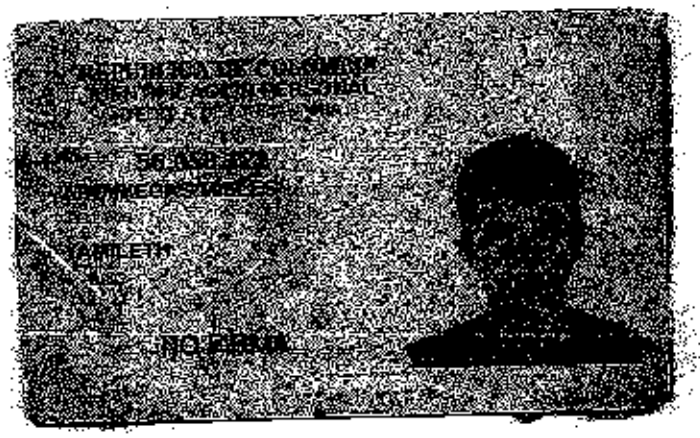
**QUE INSUMOS NECESITA:** Reganes, tijeras, Hilos, Agujas tintes

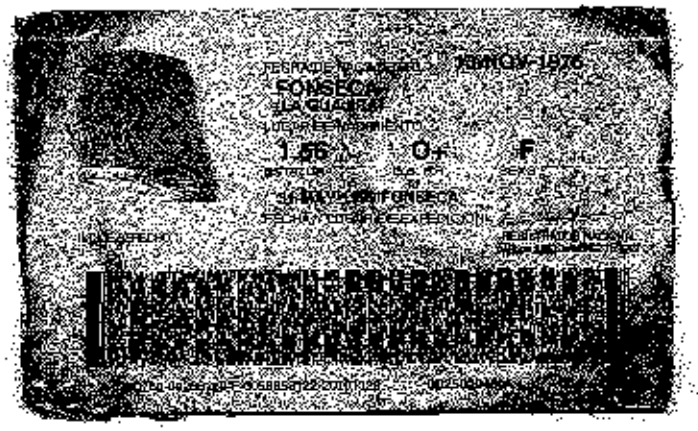
**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
56.058.122
ARCINIEGAS NIÑES
YAMILETH
NO FIRMA


13-NOV-1976
FONSECA
(LA GUAJIRA)
1.56
O+
F
21-MAY-1998 FONSECA

Celda 25-11-12
Barrio Cristo Rey





La salud es de todos

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## 1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| YAMILETH | | ARCINIEGAS | MIELES |

1.5 Documento de identidad

| Certificado de Nacido Vivo | | Registro Civil | | Tarjeta de Identidad | | Cédula de ciudadanía | X | Cédula de extranjería | | Pasaporte | | Carnet diplomático | | Permiso especial de permanencia | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Número de documento de identidad: 56058122

## 2. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha | | |
|---|---|---|---|
| | Año | Mes | Día |
| Caribe- Centro de Audiodiagnóstico y Rehabilitación Fonoaudiológica SAS | 2021 | 12 | 23 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | FONSECA |

## 3. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | | NO | X |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | X | NO | |
| Intelectual | SI | | NO | X |
| Psicosocial (Mental) | SI | | NO | X |
| Sordoceguera | SI | | NO | X |
| Múltiple | SI | | NO | X |

## 4. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 25.00 |
| Movilidad | 25.00 |
| Cuidado Personal | 0.00 |
| Relaciones | 5.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 5.00 |
| Participación | 81.25 |
| GLOBAL | 23.54 |

## 5. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b310.4 b330.4 b340.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s240.410 s250.410 s260.410

3. Codigos Actividades y Participación

d155.2 d4501.1 d4600.1

La salud es de todos

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### 7. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Documento | Firma |
|---|---|---|---|
| MAIRY PAOLA SOLANO BRITO | Fonoaudiología | CC-1120742988 | |
| JORGE LUIS PEREZ MOLINA | Medicina | CC-17953849 | |
| MARILIS MARIA AMAYA BLANCHAR | Terapia ocupacional | CC-56054906 | |

### 8. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, YAMILETH ARCINIEGAS MIELES manifiesto que: SI

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

Yamileth Arciniegas

Nombre y Firma

Documento: CC-56058122

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*

*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*

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 |
|---|---|---|---|
| YAMILETH | | ARCINIEGAS | MIELES |

## 1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 56058122

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha | | |
|---|---|---|---|
| | Año | Mes | Día |
| reté- Centro de Audiodiagnóstico y Rehabilitación Fonoaudiológica SAS | 2021 | 12 | 23 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | FONSECA |

## c. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | | NO | X |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | X | NO | |
| 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 | 25.00 |
| Cuidado Personal | 0.00 |
| Relaciones | 5.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 5.00 |
| **Participación** | 81.25 |
| **GLOBAL** | 23.54 |

## e. [illegible]

1. Codigos Funciones Corporales

b310.4 b330.4 b340.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s240.410 s250.410 s260.410

3. Codigos Actividades y Participación

d155.2 d4501.1 d4600.1

La salud es de todos · Minsalud

**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

**I. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD**

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| MAIRY PAOLA SOLANO BRITO | Foncaudiólogía | CC-1120742988 |
| JORGE LUIS PEREZ MOLINA | Medicina | CC-17953649 |
| MARILIS MARIA AMAYA BLANCHAR | Terapia ocupacional | CC-56054906 |

**II. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL**

Yo, *YAMILETH ARCINIEGAS MIELES* manifiesto que: *SI*

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

Yamileth Arciniegas

Nombre y Firma

Documento: CC-56058122

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez*

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Enelidis Del Carmen Camargo Fernandez

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C (T.I) C.C

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.120.740.341

**SEXO:** (F) M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 28/09/2005 **EDAD:** 17 AÑOS

**DIREGGION:** Manzana 3 Casa 4 **BARRIO:** Villa Hermosa

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO✓ ACUEDUCTO✓ LUZ✓ ALCANTARILLADO✓ GAS✓

**TELEFONO:** 300 760 5295

**EPS:** Cajacopi **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL✓ SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Intelectual

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Nacimiento

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Mamá

**NIVEL EDUCATIVO:** Bachiller

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI (NO)

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Belleza - Peinado

**QUE INSUMOS NECESITA:** Planchas, moñas, ligas, Peinilla, Gel, cremas

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** (SI) NO

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## 1. DATOS PERSONALES DEL CONSULTANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| BIBIDIS | DEL CARMEN | CAMARGO | FERNANDEZ |

| 1.5 Documento de Identidad | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Certificado de Nacido Vivo | Registro civil | Tarjeta de identidad | Cédula de ciudadanía | Cédula de extranjería | Pasaporte | Cármer diplomático | Permiso especial de permanencia |
| | | | X | | | | |

1.6 Número de documento de identidad: 1120746017

## 2. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación: IPS PORPURA S.A.S

| 2.2 Fecha | | |
|---|---|---|
| Año | Mes | Día |
| 2021 | 8 | 31 |

2.3 Departamento: LA GUAJIRA

2.4 Municipio: FONSECA

## 3. CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

| | | | |
|---|---|---|---|
| Física | SI | NO | X |
| Visual | SI | NO | X |
| Auditiva | SI | NO | X |
| Intelectual | SI | X | NO |
| Psicosocial (Mental) | SI | NO | X |
| Sistémica | SI | NO | X |
| Múltiple | SI | X | NO |

## 4. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 54.17 |
| Movilidad | 0.00 |
| Cuidado Personal | 25.00 |
| Relaciones | 45.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 57.50 |
| Participación | 50.00 |
| GLOBAL | 38.61 |

## 5. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

5.1 Código Funciones Corporales:

b1472 - b1441 - b1722 -

5.2 Código Estructuras Corporales:

s1102 -

5.3 Código Actividades y Participación:

d750 - d6308 -

La salud es de todos | Minsalud

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## 8. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| JOSE JAIME DAZA AVILA | Enfermera | CC-1118860054 |
| CARMEN ISABEL SABBA YEPES | Trabajador Social | CC-1121332978 |
| DANUSKA SALAS MENDOZA | Medicina | CC-1121336347 |

## 9. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *EVEDIS DEL CARMEN CAMARGO FERNANDEZ* manifiesto que *SI* estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

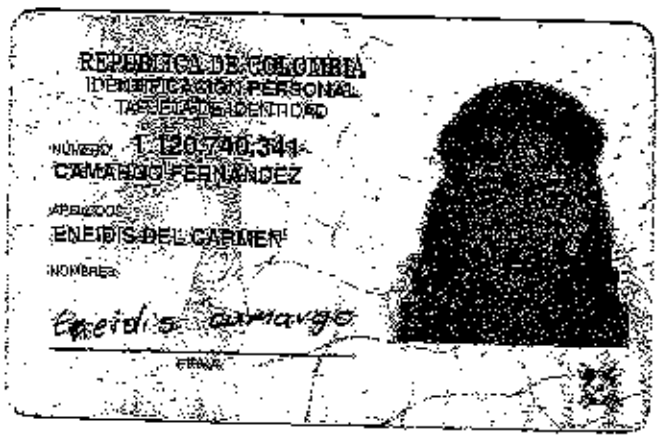
*Evedis Fernandez M.* *1120740341*

Nombre y Firma | Documento TI 1120740341

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

*El certificado puede ser usado como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Seguridad Social Correspondientes, pero no sustituye el concepto de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.*

*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad perderá validez.*



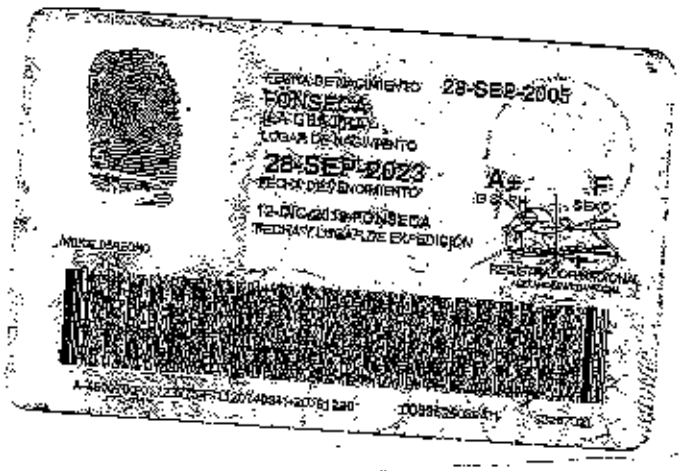
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.120.740.341
CAMARGO FERNANDEZ

APELLIDOS
ENEIDIS DEL CARMEN

NOMBRES
Eneidis camargo

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-SEP-2005
FONSECA
LUGAR DE NACIMIENTO
28-SEP-2023
FECHA DE VENCIMIENTO
12-DIC-2023 FONSECA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
A+
F
SEXO
REGISTRADOR NACIONAL

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** Hatonuevo

**NOMBRES COMPLETOS:** Anderson Diaz Herrera

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.120.751.385

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 23/08/1987 **EDAD:** 33

**DIRECCION:** Calle 19 #9A-48 **BARRIO:** 12 de octubre

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR (ARRENDADA)

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO X ACUEDUCTO X LUZ ✓ ALCANTARILLADO X GAS X

**TELEFONO:** 312 692 33 17

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA ✓ INTELECTUAL ✓ SENSORIAL MULTIPLE ✓

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Sordo mudo

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Enfermedad

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Mamá

**NIVEL EDUCATIVO:** Bachiller

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI (NO)

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Chatarrería, Zapatería

**QUE INSUMOS NECESITA:** Carretilla, uniforme, botas - Hilo, aguja, Pegante, tijeras Herramientas de zapatería

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** (SI) NO

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| ANDERSON | | DIAZ | HERRERA |

1.5 Documento de Identidad

| Certificado de Nacido Vivo | | Registro Civil | | Tarjeta de Identidad | | Cédula de ciudadanía | X | Cédula de extranjería | | Pasaporte | | Carnet diplomático | | Permiso especial de permanencia | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Número de documento de identidad: 1120761365

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha Año | Mes | Día |
|---|---|---|---|
| Areté- Centro de Audiodiagnóstico y Rehabilitación Fonoaudiológica SAS | 2021 | 12 | 28 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | FONSECA |

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | | NO | X |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | X | NO | |
| 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 | 54.17 |
| Movilidad | 0.00 |
| Cuidado Personal | 0.00 |
| Relaciones | 50.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 36.11 |
| Participación | 50.00 |
| GLOBAL | 31.71 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b230.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s398.478

3. Codigos Actividades y Participación

d155.2 d350.4 d7500.2

La salud es de todos · Minsalud

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| MAIRY PAOLA SOLANO BRITO | Fonoaudiología | CC-1120742868 |
| JORGE LUIS PEREZ MOLINA | Medicina | CC-17953649 |
| MARILIS MARIA AMAYA BLANCHAR | Terapia ocupacional | CC-58054906 |

### g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *ANDERSON DIAZ HERRERA* manifiesto que: *SI*

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

Elizabeth Herrera Madrid

Nombre y Firma

56.055.889

Documento: CC-1120751365

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.*

*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.120.754.365
DIAZ HERRERA

APELLIDOS
ANDERSON

NOMBRES
Anderson Diaz

FIRMA





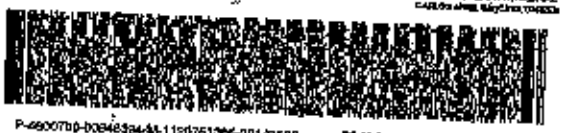
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-AGO-1987
FONSECA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.82 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

07-SEP-2014 FONSECA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



P-4900700-00848394-M-1120754365-20140128 0041488948A 2 41383704

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** José Jairo Fernandez Bula

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.121.044.211

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 24 VI 1992 **EDAD:** 30

**DIRECCION:** Mza 6 # 13-101 **BARRIO:** Villa Hermosa

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) (ACUEDUCTO) (LUZ) (ALCANTARILLADO) (GAS)

**TELEFONO:** 3137341758

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE Hemiparesia

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Deficit Motor y Neurologico Izquierda

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Accidente de transito

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Madre

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** (SI) NO

**CUAL UTILIZA:** Baston

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Venta de utiles escolares

**QUE INSUMOS NECESITA:** bolsas de los bolis y las frutas Venta De bolis y Paletas y Arroz

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

# UNDACION VIDA CON AMOR IPS

NIT: 900139859-2

COD. PRESTADOR: 442790073901

FUNDACION VIDA CON AMOR I.

## HISTORIA CLINICA DE ESPECIALISTA: MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

**Referencia: 10952**

**IDENTIFICACIÓN**
CC, 1121044211

**NOMBRES Y APELLIDOS**
JOSE JAIRO FERNANDEZ BULA

**FECHA NACIMIENTO**
24/06/1992

**EDAD**
30 AÑOS, 0 MESES, 5 DIAS

**SEXO**
MASCULINO

**ESTADO CIVIL**
SOLTERO

**PERTENENCIA ETNICA**
NINGUNO DE LOS ANTERIORES

**GRUPO POBLACIONAL**
POBLACION SISBENIZADA

**NIVEL DE ESTUDIO**
OTRO

**OCUPACION**
NO TENGO INFORMACION

**DIRECCIÓN**
MANZANA 6 CASA 6 VILLA HERMOSA

**TELÉFONO**
3226886217

**FINANCIADOR**
COMFAGUAJIRA EPS

**RÉGIMEN**
SUBSIDIADO

**PRIMER INGRESO**
29/06/2022 07:29 AM

**ÚLTIMA ATENCIÓN**
29/06/2022 07:29 AM

## ANAMNESIS

### MOTIVO DE LA CONSULTA

CONTROL

### ENFERMEDAD ACTUAL

MASCULINO DE 30 AÑOS DE EDAD QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO HACE 5 AÑOS SUFRIENDO TRAUMA CRANEOENCEFALICO SEVERO CON SECUELAS DEFICIT MOTOR Y NEUROLOGICO HEMIPARESIA IZQUIERDA .

## ANTECEDENTES

### PERSONALES - PATOLOGICOS

TRAUMA CRANEOENCEFALICO

### MEDICOS FAMILIARES

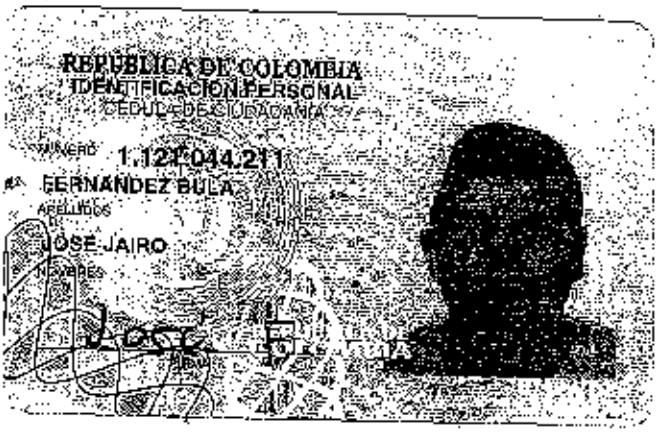
## EXAMEN FISICO

### SIGNOS VITALES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TENSIÓN ARTERIAL | 120/80 | FREC. CARDÍACA | 80 | FREC. RESPIRATORIA | 20 |
| PULSO | | PESO (Kgs) | 70 | TALLA (cms) | 178 |
| IMC | 25 | | | | |

### INSPECCIÓN FÍSICA

| | |
|---|---|
| **Aspecto General** | PACIENTE EN CONDICIONES CLINICAS ESTABLES, HIDRATADA, EUPNEICA. |
| **Abdomen** | GLOBOSO, RUIDOS HIDROAÉREOS EN NÚMERO DE 5 POR MINUTO, BLANDO, SIN VISCEROMEGALIAS PALPABLES, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. |
| **Tórax y Cardiopulmonar** | TORAX SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, NO SE EVIDENCIA TIRAJE SUBCOSTAL O INTERCOSTAL, MURMULLO VESICULAR AUDIBLE SIN AGREGADOS PULMONARES, RUIDOS CARDÍACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, SIN S3 NI S4. |
| **Extremidades** | EUTRÓFICAS, SIMÉTRICAS, SIN EDEMA, MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES PRESENTAN PULSOS SIMETRICOS, PALPABLES BILATERAL, LLENADO CAPILAR MENOR A 3 SEGUNDOS. |
| **Genitourinario** | NORMOCONFIGURADO |
| **Neurológico** | CONSCIENTE, GLASGOW DE 15 PUNTOS, ORIENTADO EN PERSONA, ESRACIO Y TIEMPO, SENSIBILIDAD SUPERFICIAL Y PROFUNDA CONSERVADA, PARES CRANEALES INDEMNES, FUERZA MUSCULAR 5/5 GLOBAL DERECHA, NORMORREFLECTICO, REFLEJO CUTANEOPLANTAR SE EVIDENCIA MARCHA DEL SEGADOR CON PATRON FLEXOR EN MIEMBRO SUEPRIOR IZQUIERDO DEBILIDAD MUSCULAR EN MIEMKBRO INFERIOR IZQUIERDO HIPEREFLEXIA EN HEMICUERAPO IZQUIERDO. |
| **Piel y Faneras** | SIN LESIONES |



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.121.044.211

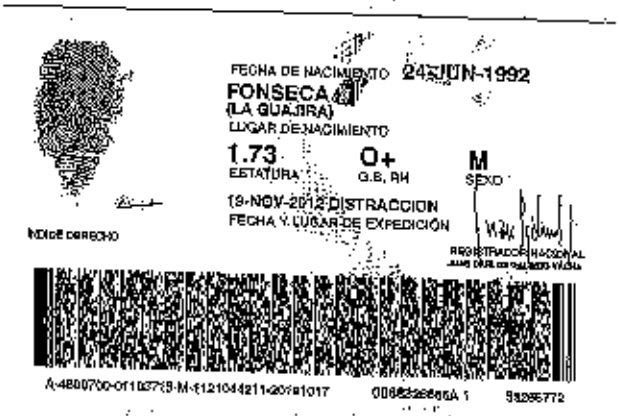
FERNANDEZ BULA

APELLIDOS

JOSE JAIRO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-JUN-1992

FONSECA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

19-NOV-2012 DISTRACCION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-4800700-01103715-M-1121044211-20121017 0068328565A 1 58295772

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Elsa Rosario Brito Blanco

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 56.051.756

**SEXO:** (F) M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 25/01/1999 **EDAD:** 43 Años

**DIRECCION:** Manzana 2 Casa 23 **BARRIO:** Villa Hermosa

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA (FAMILIAR) ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO✓ ACUEDUCTO✓ LUZ✓

ALCANTARILLADO✓ GAS✓

**TELEFONO:** 320 777 1136

**EPS:** Nueva EPS **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA✓ INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Discopatia Dorsal Congenita

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Nacimiento

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI (NO)

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI (NO)

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** Artesania

**QUE INSUMOS NECESITA:** Hilos, Vinchera, agujas, stan, tijeras, pico de loro

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** (SI) NO

# HISTORIA CLINICA No 56057756

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE** | : ELISA BRITO BLANCO | T_DOC: CC | 56057756 |
| **SEXO** | : FEMENINO FECHA DE NACIMIENTO: 25/01/1979 | EDAD: | 40 |
| FECHA | : 31/07/2019 10:47:32 a.m. | EMPRESA | NUEVA EPS |

| TA | FC | TALLA | PESO | IMC | PERIMETRO ABDOMINAL | PERIMETRO BRAQUIAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **MICROALBUMINURIA** | FECHA MICROALBUMINURIA | **CREATININA** | **FECHA CREATININA** |
| **COLESTEROL HDL** | FECHA COLESTEROL **HDL** | **HbA1C** | **FECHA HbA1C** |

**CIE10** D486 TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA MAMA

**Fecha** 11/07/2019 **Medico** LDAZA **Especialidad** CONSULTA MEDICINA GENER

## EVOLUCION CONSULTA MEDICINA GENERAL

CON ANTECEDENTES DE DISPLASIA MAMARIA EN ESTUDIO VALORADA POR GINECOLOGIA ONCOLOGIA QUIEN CONSIDERO ESTUDIAR CON GALACTOGRAFIA DE UN CONDUCTO ADEMAS ECOGRAFIA DE MAMA DERECHA MAS BIOPSIA DE MAMA "BACAFF" CON AGUJA GRUESA LOGRANDOCE PRACTICAR LA ECOGRAFIA PRACTICADA EN FECHA 02-07-2019 CONCLUYENDO LESION SOLIDA MAL DEFINIDA INTRADUCTAL CON MICROCALCIFICACIONES EN MAMA DERECHA CON ALTAS SOSPECHAS PARA MALIGNIDAD CATEGORIA VIRAC SE SUGIERE CORRELACIONAR CON BIOPSIA CON AGUJA GRUESA LESION SOLIDA PROVABLEMENTE BENIGNA EN MAMA 3 DILATACION DUCTAL BILATERAL ADEMAS REPORTE DE CITOLOGIA VAGINAL REPORTEADA EN FECHA 21-02-2019 CON CUELLO ROJISO NEGATIVA PARA LESION INTRAEPITELIAL
IC CA DE MAMA DERECHA EN ESTUDIO
DILATACION DUCTAL BILATERAL
PLAN BIOPSIA DE MAMAS CON AGUJA GRUESA "BACAFF"
VALORACION POR GINECOLOGIA Y/O ONCOLOGO

IPS BARRANCAS SAS
Atención en Salud Humanizada

Firma
Medico LDAZA
Registro

BARRANCAS SAS
Atención en Salud Humanizada

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 56,057,756
BRITO BLANCO

APELLIDOS
ELISA ROSARIO

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 25-ENE-1979
SAN JUAN DEL CESAR
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.47 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

04-FEB-1998 FONSECA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-4400100-00159733-F-0056756-20070213 00159733A 1 7506534

# EPICRISIS



## DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

**HC: 56057756** **CC 56057756** **BRITO BLANCO ELISA ROSARIO** **Fem, 43 Años (25-Ene-1979)**

Afiliación a seguridad social - Regimen: Subsidiado Empresa: NUEVA EPS S.A. - Nivel: Nivel 1 Número de afiliación:

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: NUEVA EPS S.A. Nivel: Nivel 1

Estado civil: Soltero - Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Etnia: Blanco,Residencia: CALLE - Teléfono: 7756083, Barrio: SIN DATO (Zona Urbana), Comuna: CASCO URBANO - FONSECA, Zona: ZONA CENTRO - Municipio: [44279] FONSECA

En caso de urgencia avisar a: ( ) - Dirección: - Teléfono:

**Apertura URGENCIAS del 10-Ago-2022 07:52 am: 43 Años**
Id: 470155

### MOTIVO DE CONSULTA

" TENGO UN DISCO DISLOQUEADO Y ME ESTA COMENZANDO A DOLER"

### ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE FEMENINA DE 43 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE DISCOPATIA DORSAL CONGENITA QUIEN ACUDE AL SERVICIO DE URGENCIAS POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE 1 DIA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DORSALGIA DE INTENSIDAD 7/10 SEGUN ESCALA ANALOGA DEL DOLOR, POR LO QUE CONSULTA

### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

ESCOLIOSIS DE COLUMNA DORSAL

### ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

NEGATIVO

### ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO

NEGATIVO

### ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

### ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

### ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

### ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

### ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

MEDICO GENERAL
C.C. 1143394618

PROFESIONAL: [1060] MED-KORAIMA VANESSA VILLAR CORZO - Registro: 1143394618 - Especialidad: MEDICINA GENERAL
[442790037301] E.S.E. HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA

****Evolución del 10-Ago-2022 07:52 am: 43 Años**
Id: 1020086

### EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL
Frec. cardiaca: 87, Frec. respiratoria: 18, Temperatura: 37.0°C, Peso: 68.0 Kgs., Talla: 155 cms., IMC: 28.30 Sobrepeso , Perímetro cintura: --, Saturación O2: 99.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 110 / 70 (Optima / TA Media: 83), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --
Escala Glasgow: 15/15 (Ocular:4. Verbal:5. Motora:6)

### CABEZA Y CUELLO

NORMOCEFALO , CUELLO SIN ADENOPATIAS

### CARA, OJOS Y ORL

MUCOSAS HUMEDAS, PINRAL, OTOSCOPIA BILATERL NORMAL, AMIGDALAS EUTROFICAS SIN ERITEMA NI PLACAS EN AMBOS PILARES.

### TÓRAX, CORAZÓN Y PUL

SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE SIN TIRAJES INTERCOSTALES, NO DOLOR A LA PALPACION COSTAL BILATERAL, CARDIOPULMONAR NORMAL SIN SOPLOS

### ABDÓMEN Y LUMBAR

NO DISTENDIDO, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION NI SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, SE OBSERVA ESCOLIOSIS

### SISTEMA GENITO-URINA

NO SE EXPLORA

### EXTREMIDADES Y PELVI

SIMETRICAS, SIN EDEMA, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES

### SISTEMA NEUROLÓGICO

SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE, NO SIGNOS DE LESION EN EXPLORACION DE PARES CRANEALES

### PIEL

SIN LESIONES APARENTES

### ANALISIS

AL INGRESO SINGNOS VITALES NORMALES, PACIENTE CURSA CON DORSALGIA, REFIERIENDO CUADRO DESCRITO EN LA ENFERMEDAD ACTUAL. POR LO ANTERIOR SE DECIDE INGRESAR A OBSERVACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y MANEJO DE SU CONDICIÓN.

**DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**

**HC: 56057756** **CC 56057756** **BRITO BLANCO ELISA ROSARIO** **Fem, 43 Años (25-Ene-1979)**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: NUEVA EPS S.A. Nivel: Nivel 1

Servicio de egreso: 1200 URGENCIAS
En internación
No se hicieron Remisiones

**Orden de Internación asociada**
AD-369304
Subsidiado: NUEVA EPS S.A.

Dra. Koraima Villar Corzo
MEDICO GENERAL
C.C. 1.143.394.618

PROFESIONAL: [1060] MED-KORAIMA VANESSA VILLAR CORZO - Registro: 1143394618 - Especialidad: MEDICINA GENERAL
[442790037301] E.S.E. HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA

Hospital San Agustín ¡Podemos Mejorar Tu Salud!
URGENCIA

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** eva luna Siena Morales

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I C.C

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.723 974448

**SEXO:** F M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 5-09-15 **EDAD:** 4 años

**DIRECCION:** M16 casa 30 **BARRIO:** Villahermosa

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO ACUEDUCTO LUZ ALCANTARILLADO GAS

**TELEFONO:** 304 580 2822

**EPS:** cajacopi **REGIMEN:** subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Sindrome Rubistein taybi

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Genetica

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO

**PARENTESCO:** madre

**NIVEL EDUCATIVO:** iniciación

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** venta de deditos y tortas

**QUE INSUMOS NECESITA:** Horno, máquina para amasar, moldes, bandejas de diferentes tamaños, insumos.

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

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 |
|---|---|---|---|
| EVA | LUNA | SIERRA | MORALES |

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 1123974448

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S

2.2 Fecha

| Año | Mes | Día |
|---|---|---|
| 2021 | 8 | 31 |

2.3 Departamento

LA GUAJIRA

2.4 Municipio

FONSECA

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | X | NO | |
| Visual | SI | X | NO | |
| Auditiva | SI | | NO | X |
| Intelectual | SI | X | NO | |
| Psicosocial (Mental) | SI | | NO | X |
| Sordoceguera | SI | | NO | X |
| Múltiple | SI | X | NO | |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.2 b167.3 b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s1104.358 s220.471 s3202.464

3. Codigos Actividades y Participación

d110.3 d2501.3 d530.4

La salud es de todos Minsalud

**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | | Firma |
|---|---|---|---|
| ENRIQUE EUSEBIO PINTO MAESTRE | Psicología | CC-1083017002 | |
| JEHIBER JESUS BOTELLO CONTRERAS | Medicina | CC-1121329018 | Jehiber B. |
| MARBEL TATIANA CONTRERAS DANGOND | Fonoaudiología | CC-1121337009 | |

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *EVA LUNA SIERRA MORALES* manifiesto que: *SI*

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

Nombre y Firma

56059299

Documento: RC-1123974448

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

**NUIP** 1123974448....

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo Serial** [redacted]

***Datos de la oficina de registro - Clase de oficina***

| Registraduría | Notaría | Número | Consulado | Corregimiento | Inspección de Policía | Código |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | X | 0 1 | | | | 3 8 2 5 |

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
UNICA DEL CIRCULO DE FONSECA LA GUAJIRA..............................

***Datos del inscrito***

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| SIERRA.......................... | MORALES........................ |

Nombre(s)
EVA LUNA.......................................................

| Fecha de nacimiento | | | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|---|---|
| Año 2 0 1 5 | Mes 0 9 | Día 0 5 | FEMENINO....... | O | POSITIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
EN EL HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA LA GUAJIRA...............

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO.......................... | 53278653-34....... |

***Datos de la madre***

Apellidos y nombres completos
MORALES FRAGOZO MARIA GREGORIA.........................................

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C.No.56.059.299 DE FONSECA..................... | COLOMBIANA....... |

***Datos del padre***

Apellidos y nombres completos
SIERRA DUARTE EDEN...............................................

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C.No.17.957.049 DE FONSECA..................... | COLOMBIANA....... |

***Datos del declarante***

Apellidos y nombres completos
SIERRA DUARTE EDEN...............................................

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C.No.17.957.049 DE FONSECA..................... | [firma] |

***Datos primer testigo***

Apellidos y nombres completos
X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X XX

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X | X X X X X X X X X X |

***Datos segundo testigo***

Apellidos y nombres completos
X X X X XX X X X X X X X X X X X X X X X XX X X X X X X X X X X XX

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X | X X X X X X X |

| Fecha de inscripción | | | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|---|---|
| Año 2 0 1 5 | Mes 0 0 9 | Día 0 8 | LUZ MARINA MOSCOTE PANA |

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Mayibis Sofia Campuzano carrillo

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (CC)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.120.743.969

**SEXO:** (F) M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 24/06/1984 **EDAD:** 36 años

**DIRECCION:** Calle 21 entre carrera 4 **BARRIO:** 12 de octubre

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO ACUEDUCTO ✓ LUZ ✓ ALCANTARILLADO ✗ GAS ✓

**TELEFONO:** 302 399 7968

**EPS:** Nueva EPS **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA ✓ INTELECTUAL ✓ SENSORIAL MULTIPLE ✓

**TIPO DE DISCAPACIDAD:**

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Enfermedad

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Mamá

**NIVEL EDUCATIVO:** Bachiller

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI (NO)

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Papeleria

**QUE INSUMOS NECESITA:** utiles escolares, fotocopiadora, Resmas

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| MAYIBIS | SOFIA | CAMPUZANO | CARRILLO |

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 1120743968

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha | | |
|---|---|---|---|
| | Año | Mes | Día |
| Areté- Centro de Audiodiagnóstico y Rehabilitación Fonoaudiológica SAS | 2021 | 12 | 27 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | FONSECA |

## c. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | | NO | X |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | | NO | X |
| Intelectual | SI | X | NO | |
| Psicosocial (Mental) | SI | X | NO | |
| Sordoceguera | SI | | NO | X |
| Múltiple | SI | X | NO | |

## d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 100.00 |
| Movilidad | 25.00 |
| Cuidado Personal | 25.00 |
| Relaciones | 40.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 45.00 |
| Participación | 75.00 |
| GLOBAL | 51.67 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

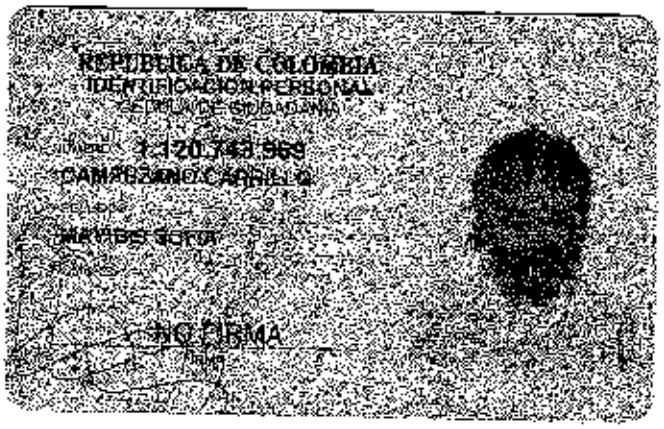
1. Codigos Funciones Corporales

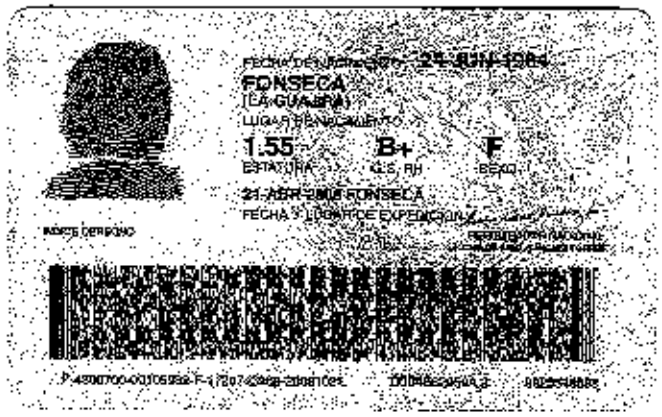
b110.4 b114.4 b117.4

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d161.4 d175.4 d350.4


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.120.743.969
CAMARGO CARRILLO
MAYDES SOFIA
FIRMA


FONSECA
(LA GUAJIRA)
1.55
B+
F
21 ABR 1982 FONSECA

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Berta Rosa Granados Martinez

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C TI (CC)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 39.920.232

**SEXO:** (F) M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 09/07/1949 **EDAD:** 72 AÑOS

**DIRECCION:** Calle 13A #60 **BARRIO:** Villa Hermosa

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR (ARRENDADA)

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO✓ ACUEDUCTO✓ LUZ✓ ALCANTARILLADO✓ GAS✓

**TELEFONO:** 312 803 1209

**EPS:** Sanitas **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA✓ INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Isquemia Cerebral

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Enfermedad

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Esposo

**NIVEL EDUCATIVO:** Bachiller

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** (SI) NO

**CUAL UTILIZA:** Baston

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Ventas varias

**QUE INSUMOS NECESITA:** Nevera, bolsas de hielo, agua, Arroz

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** (SI) NO

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

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 |
|---|---|---|---|
| BERTA | ROSA | GRANADOS | MARTINEZ |

1.5 Documento de identidad

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

| Número de documento de identidad: | 34920232 |
|---|---|

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha | | |
|---|---|---|---|
| | Año | Mes | Día |
| Areté- Centro de Audiodiagnóstico y Rehabilitación Foncaudiológica SAS | 2022 | 4 | 23 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | FONSECA |

## c. CATEGORÍA 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 | 37.50 |
| Movilidad | 100.00 |
| Cuidado Personal | 93.75 |
| Relaciones | 45.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 85.00 |
| Participación | 65.63 |
| GLOBAL | 71.15 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b310.2 b710.3 b7101.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s730.372 s750.372

3. Codigos Actividades y Participación

d350.3 d4104.4 d4602.4

La salud es de todos Minsalud

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| MAIRY PAOLA SOLANO BRITO | Fonoaudiología | CC-1120742988 |
| NADIR MARIA RAMIREZ GRANADILLO | Psicología | CC-1121041880 |
| JORGE LUIS PEREZ MOLINA | Medicina | CC-17953649 |

### FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *BERTA ROSA GRANADOS MARTINEZ* manifiesto que: *SI*

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

Nombre y Firma

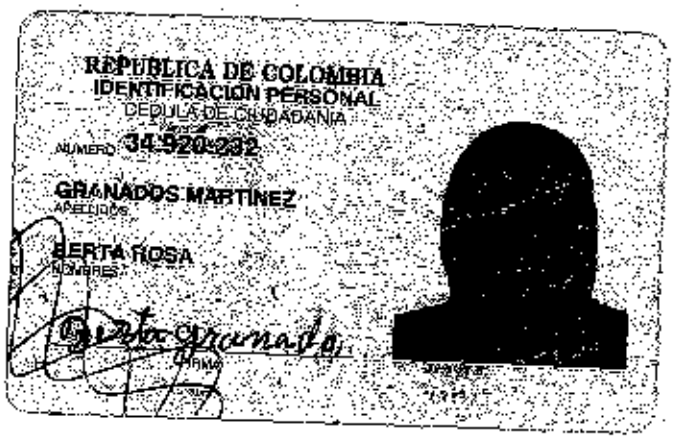
15366107

Documento: CC-34920232

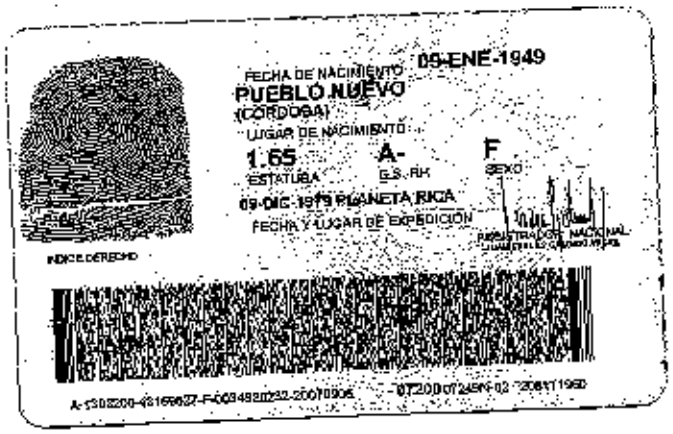
Autorizó el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la normatividad que lo regula. *SI*

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*

*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 34.920.232
GRANADOS MARTINEZ
APELLIDOS
BERTA ROSA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-ENE-1949
PUEBLO NUEVO
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 A- F
ESTATURA G.S. RH SEXO
09-DIC-1975 PLANETA RICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Egaldis Esther Fonseca crismac

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I CC ✓

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.792.945.948

**SEXO:** F ✓ M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 26-05-1969 **EDAD:** 53 años

**DIRECCION:** Carrera 10 # 15-26 **BARRIO:** Primero de julio

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 2

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR ✓ ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO ✓ ACUEDUCTO ✓ LUZ ✓

ALCANTARILLADO ✓ GAS ✓

**TELEFONO:** 3024560067

**EPS:** Dusakawi **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA ✓ INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE ✓

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Paralisis de hemicuerpo derecho

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Enfermedad adquirida

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI ✓ NO

**PARENTESCO:** prima

**NIVEL EDUCATIVO:** tecnologo

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI ✓ NO

**CUAL UTILIZA:** Sillas de ruedas

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI ✓ NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Vendedor de comidas

**QUE INSUMOS NECESITA:** ollas, tazas, cucharas, carne, arroz, aceite, bolsas verdolagas, harina, aceite entre otros.

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI ✓ NO

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

#

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Egoldis Esther Fonseca Erisman

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.192.945.948

**SEXO:** (F) M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 26/05/1989 **EDAD:** 53 Años

**DIRECCION:** Carrera 10 #15-26 **BARRIO:** Primero de Julio

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 2

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA (FAMILIAR) ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO ✓ ACUEDUCTO ✓ LUZ ✓ ALCANTARILLADO ✓ GAS ✓

**TELEFONO:** 302 456 0067

**EPS:** Dusakawi **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA ✓ INTELECTUAL ✓ SENSORIAL MULTIPLE ✓

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Parálisis de Hemicuerpo derecho

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Enfermedad

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Prima

**NIVEL EDUCATIVO:** Tecnologo

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** (SI) NO

**CUAL UTILIZA:** Silla de ruedas

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Vendedora de comidas.

**QUE INSUMOS NECESITA:** Comida - Carnes, arroz, Verduras, cuarto bolsas

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** (SI) NO cuchara, tazas, ollas, Harina

La salud es de todos

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| EGADIS | ESTHER | FONSECA | CRISMAC |

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 1192945948

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha Año | Mes | Día |
|---|---|---|---|
| centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S | 2021 | 8 | 31 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | FONSECA |

## c. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | X | NO | |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | | NO | X |
| Intelectual | SI | X | NO | |
| Psicosocial (Mental) | SI | | NO | X |
| Sordoceguera | SI | | NO | X |
| Múltiple | SI | X | NO | |

## d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 58.33 |
| Movilidad | 80.00 |
| Cuidado Personal | 93.75 |
| Relaciones | 65.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 85.00 |
| Participación | 81.25 |
| GLOBAL | 77.22 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

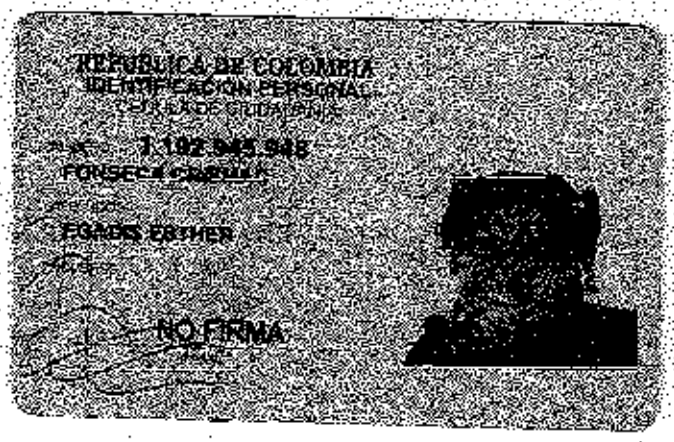
b117.3 b1470.3 b3100.1

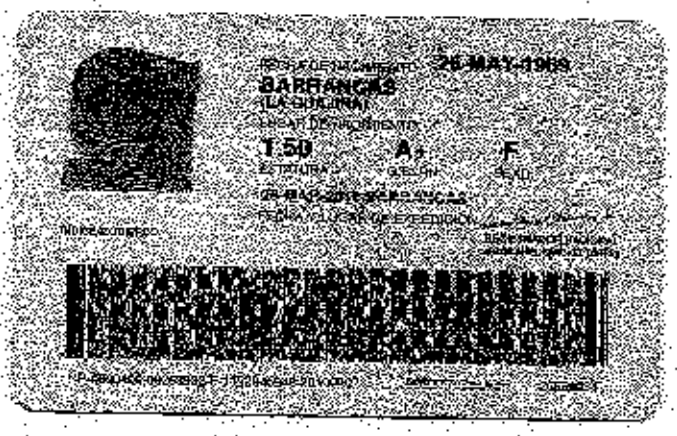
2. Codigos Estructuras Corporales

s3200.320 s7302.362 s7502.262

3. Codigos Actividades y Participación

d155.2 d161.2 d940.3


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
NO FIRMA


26-MAY-1969
BARRANCAS
(LA GUAJIRA)
1.50
A+
F

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Edwin Rafael Licona Peralta

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I C.C ✓

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.120745917

**SEXO:** F M ✓

**FECHA DE NACIMIENTO:** 14-9-1991 **EDAD:** 30 años

**DIRECCION:** cll 19 # 10-84 **BARRIO:** 12 de Oct

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA ✓ FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO ✓ ACUEDUCTO ✓ LUZ ✓

ALCANTARILLADO ✓ GAS ✓

**TELEFONO:** 3135795645 ✓

**EPS:** Nueva eps **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE ✓

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Sindrome de Down

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI ✓ NO

**PARENTESCO:** Madre

**NIVEL EDUCATIVO:** No

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI NO ✓

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:**

**QUE INSUMOS NECESITA:**

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

H

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Edwin Rafael Licona Peralta.

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.120.745.917

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 14/X/1991 **EDAD:** 30 Años

**DIRECCION:** Cll 19 #10-84 **BARRIO:** 12 de oct

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) (ACUEDUCTO) (LUZ) (ALCANTARILLADO) (GAS)

**TELEFONO:** 3135795645

**EPS:** NEPS **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE Sindrome Down

**TIPO DE DISCAPACIDAD:**

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Madre

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI (NO)

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:**

**QUE INSUMOS NECESITA:**

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

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 |
|---|---|---|---|
| EDWIN | RAFAEL | LICONA | PERALTA |

### 1.5 Documento de identidad

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

| Número de documento de identidad: | 1120745917 |
|---|---|

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha | | |
|---|---|---|---|
| | Año | Mes | Día |
| Areté- Centro de Audiodiagnóstico y Rehabilitación Fonoaudiológica SAS | 2021 | 12 | 28 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | FONSECA |

## c. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | | NO | X |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | | NO | X |
| Intelectual | SI | X | NO | |
| Psicosocial (Mental) | SI | X | NO | |
| Sordoceguera | SI | | NO | X |
| Múltiple | SI | X | NO | |

## d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 100.00 |
| Movilidad | 30.00 |
| Cuidado Personal | 43.75 |
| Relaciones | 0.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 45.00 |
| Participación | 75.00 |
| GLOBAL | 48.96 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b110.4 b117.4 b167.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s410.170

3. Codigos Actividades y Participación

d161.4 d350.4

La salud es de todos · Minsalud

**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

**f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD**

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| MAIRY PAOLA SOLANO BRITO | Foncaudiología | CC-1120742988 |
| JORGE LUIS PEREZ MOLINA | Medicina | CC-17953649 |
| MARILIS MARIA AMAYA BLANCHAR | Terapia ocupacional | CC-56054906 |

**g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL**

Yo, *EDWIN RAFAEL LICONA PERALTA* manifiesto que: *SI*

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

Edwin R Licona P 1120745917

Nombre y Firma

Documento: CC-1120745917

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.120.745.917
LICONA PERALTA
APELLIDOS
EDWIN RAFAEL
NOMBRES
Edwin L
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 14-SEP-1991
FONSECA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
02-FEB-2010 FONSECA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
DARGO ARIEL JARAMILLO TORRES

INDICE DERECHO



I-1120745917-20100408 0021849401 A 2

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.9489

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Hatonuevo **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Alba Marina Torres Mendoza

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I CC

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 56.054.521

**SEXO:** F M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 18-04-66 **EDAD:** 56 años

**DIRECCION:** M21 3 casa 6 **BARRIO:** villa hermosa

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO ACUEDUCTO LUZ

ALCANTARILLADO GAS

**TELEFONO:** 3135645603

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** hemiplegia

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO

**PARENTESCO:** esposa

**NIVEL EDUCATIVO:** 6° bachillerato

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:** Gafas

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** tienda

**QUE INSUMOS NECESITA:** Productos de la canasta familiar

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

4

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:** 09/08/2022

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Alba Marina Torrez Mendoza.

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I CC X

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 56054521

**SEXO:** F X M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 18-Abril-1966 **EDAD:** 56 años

**DIRECCION:** Manza 3 Casa 6. **BARRIO:** Villa Hermosa

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 61

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA X. FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO X ACUEDUCTO LUZ X

ALCANTARILLADO X GAS X.

**TELEFONO:** 3135645603

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA X INTELECTUAL SENSORIAL X MULTIPLE X

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Visual. — hemiplejia

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Esclerosis Multiple.

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI X. NO

**PARENTESCO:** Esposo

**NIVEL EDUCATIVO:** 6° Bachillerato

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI X NO

**CUAL UTILIZA:** Gafas.

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI X NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Tienda

**QUE INSUMOS NECESITA:** Productos de la canasta familiar

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI X. NO

[redacted]

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| ALBA | MARINA | TORRES | MENDOZA |

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 56054521

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S

2.2 Fecha

| Año | Mes | Día |
|---|---|---|
| 2021 | 8 | 31 |

2.3 Departamento

LA GUAJIRA

2.4 Municipio

FONSECA

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

| | | | |
|---|---|---|---|
| Física | SI | X | NO |
| Visual | SI | X | NO |
| Auditiva | SI | | NO X |
| Intelectual | SI | | NO X |
| Psicosocial (Mental) | SI | | NO X |
| [redacted] | SI | | NO X |
| Múltiple | SI | X | NO |

## d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 0.00 |
| Movilidad | 40.00 |
| Cuidado Personal | 25.00 |
| Relaciones | 0.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 45.00 |
| Participación | 53.13 |
| GLOBAL | 37.19 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b210.3 b265.3 b7302.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s220.373 s730.371 s770.370

3. Codigos Actividades y Participación

d4501.2 d598.1 d879.3

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 56.054.521
TORRES MENDOZA
APELLIDOS
ALBA MARINA
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 19-AGO-1960
FONSECA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
26-MAY-1989 FONSECA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Simon Douglas López Acosta

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1006889914

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 11/02/1992 **EDAD:** 30 Años

**DIRECCION:** Manza 2 Casa 22 Calle 32-13-24 **BARRIO:** Villa Hermosa

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO✓ ACUEDUCTO✓ LUZ✓ ALCANTARILLADO✓ GAS✓

**TELEFONO:** 311 6616593

**EPS:** Cajacopi **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE✓

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Epilepsia

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Mamá

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI (NO)

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** Ventas Varias - Tejedor

**QUE INSUMOS NECESITA:** Productos, Mimbre, Varillas.

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** (SI) NO

CAJACOPI EPS-S
NIT: 890.102.044-1
Cra 15 No.10-17
TEL: 7276923
RIOHACHA

# Autorización de Servicios

Número **4400100354456**

CE NEUROLOGIA

**Beneficiario**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre: | LOPEZ ACOSTA SIMON DOUGLAS | | | Fecha: | 05/08/2019 | Vence: | 03/11/2019 |
| Identificacion: | CC 1006889994 | Sexo: | M | Nacimiento: | 11/02/1992 | Diagnostico: | R568 - |
| Sede Afiliado: | FONSECA | Fecha Afiliacion: | 01/10/2009 | Regimen: | SUBSIDIADO | Nivel: | 1 |
| Direccion: | VILLA HERMOSA MANZANA 2 CASA 22 | Admin: | 27 | Modalidad: | | | |
| Telefonos: | -3123258259 | Correo: | | | | Estado AFI: | ACTIVO |

| Reng | Codigo | Servicio | Cantidad |
|---|---|---|---|
| 1 | 89.0.3.74 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA | 1 |

Medico: duley jacome

Observacion:

Numero Fecha 05/08/2019 Ubic. paciente Consulta Externa Servicio/cama

**Imputable a: Administradora** **ESTE VALOR DE AUTORIZACION ESTA SUJETO A AUDITORIA MEDICA**

**Prestador**

Identificacion: 900139859
Nombre: FUNDACION VIDA CON AMOR
Direccion: KRA 26 # 3 - 74 Barrio La Primavera
Telefono: 3006609862
Ciudad: FONSECA

**Recibo a Satisfacción**

Firma del Usuario

Fecha de Impresion: 06/08/2019 09:43 Autorizado por: DE LUQUE QUINTERO SILENE ROCIO www.cajacopieps.com
GENESIS ASISTENTE SECCIONAL DE AUTORIZACIONES

# FUNDACION VIDA CON AMOR IPS

NIT: 900139859-2

COD. PRESTADOR: 442790073901

## HISTORIA CLINICA DE ESPECIALISTA: NEUROLOGÍA

Referencia: 7

| | | | |
|---|---|---|---|
| **IDENTIFICACIÓN**<br>CC. 1006869984 | **NOMBRES Y APELLIDOS**<br>SIMON LOPEZ ACOSTA | **FECHA NACIMIENTO**<br>11/02/1992 | **EDAD**<br>29 AÑOS, 7 MESES, 9 DIAS |
| **SEXO**<br>MASCULINO | **ESTADO CIVIL**<br>CASADO | **PERTENENCIA ETNICA**<br>NINGUNO DE LOS ANTERIORES | **GRUPO POBLACIONAL**<br>POBLACION SISBENIZADA |
| **NIVEL DE ESTUDIO**<br>OTRO | **OCUPACION**<br>NO TENGO INFORMACION | **DIRECCIÓN**<br>VILLA HERMOSA | **TELÉFONO**<br>3116616593-3216889614-3116446144 |
| **FINANCIADOR**<br>CAJACOPI | **RÉGIMEN**<br>SUBSIDIADO | **PRIMER INGRESO**<br>20/09/2021 08:50 AM | **ÚLTIMA ATENCIÓN**<br>20/09/2021 08:50 AM |

## ANAMNESIS

### MOTIVO DE LA CONSULTA

** CONTROL POR EPILEPSIA **

### ENFERMEDAD ACTUAL

- Paciente masculino de 28 años de edad quien tiene antecedentes de Epilepsia, asiste a control.
- Esta en manejo con Acido valproico 250 mg cada 8 horas, Carbamazepina 200 mg cada 8 horas, Clonazepam 2 mg dia.
- Paciente refiere persiste con crisis, tiene alteración de memoria, datos de ansiedad.
- Tiene reporte de Electroencefalograma anormal desde el mes de abril que muestra actividad epileptiforme interictal predominio en región temporal derecha.
- Refiere mas de 4 crisis al mes

## ANTECEDENTES

### PERSONALES - PATOLOGICOS

Referido

### MEDICOS FAMILIARES

## EXAMEN FISICO

### SIGNOS VITALES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TENSIÓN ARTERIAL | 120/70 | FREC. CARDIACA | 82 | FREC. RESPIRATORIA | 17 |
| PULSO | 82 | PESO (Kgs) | 1 | TALLA (cms) | 1 |
| IMC | 1 | | | | |

### INSPECCIÓN FÍSICA

| | |
|---|---|
| Aspecto General | Buenas condiciones generales |
| Abdomen | |
| Tórax y Cardiopulmonar | |
| Extremidades | |
| Genitourinario | |
| Neurológico | - Alerta, orientado, responde a interrogatorio de manera coherente, nominal, repite.<br>- Movimientos oculares estén conservados, no hay defecto campimetrico, no asimetria facial<br>- Fuerza muscular conservada en las 4 extremidades<br>- No hay alteración de la sensibilidad<br>- Reflejos ++/++++<br>- Marcha sin alteración |
| Piel y Faneras | |

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Victoria Mercedes Arroja Martinez

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 56.057.060

**SEXO:** (F) M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 21/1/1976 **EDAD:** 46 años

**DIRECCION:** Cll 20 # 20-20 **BARRIO:**

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) ACUEDUCTO (LUZ)

(ALCANTARILLADO) (GAS)

**TELEFONO:** 3227908645

**EPS:** **REGIMEN:**

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE Auditiva

**TIPO DE DISCAPACIDAD:**

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI (NO)

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI (NO)

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:**

**QUE INSUMOS NECESITA:**

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

*Correo: funvíguajira@outlook.com Cel: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

La salud es de todos · Minsalud

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## 1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| VICTORIA | MERCEDES | AMAYA | MARTINEZ |

## 1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 56057060

## 2. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha | | |
|---|---|---|---|
| | Año | Mes | Día |
| Areté- Centro de Audiodiagnóstico y Rehabilitación Fonoaudiológica SAS | 2021 | 12 | 23 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | FONSECA |

## 3. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | | NO | X |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | X | NO | |
| Intelectual | SI | | NO | X |
| Psicosocial (Mental) | SI | | NO | X |
| Sordoceguera | SI | | NO | X |
| Múltiple | SI | | NO | X |

## 4. PORCENTAJE TOTAL DE PERDIDA EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 37.50 |
| Movilidad | 0.00 |
| Cuidado Personal | 12.50 |
| Relaciones | 15.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 15.00 |
| Participación | 62.50 |
| GLOBAL | 23.75 |

## 5. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b230.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s260.373

3. Codigos Actividades y Participación

d155.2 d175.1 d879.3

La salud es de todos | Minsalud

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| MAIRY PAOLA SOLANO BRITO | Fonoaudiología | CC-1120742888 |
| JORGE LUIS PEREZ MOLINA | Medicina | CC-17953649 |
| MARILIS MARIA AMAYA BLANCHAR | Terapia ocupacional | CC-56054906 |

### FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *VICTORIA MERCEDES AMAYA MARTINEZ* manifiesto que: *SI*

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

Victoria Amaya

Nombre y Firma

Documento: CC-56057060

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez.*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 56.057.060.
AMAYA MARTINEZ

APELLIDOS
VICTORIA MERCEDES

NOMBRES

Victoria Amaya

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 21-FEB-1976
QUEBRACHAL
FONSECA (LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.48 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

13-MAR-1997 FONSECA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL MARTINEZ TORRES



R-4603700-00003856-F-0056057060-20091217 0018160183A 1 5020147478

AR20 H 20-20

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** ANHAIS Victoria Caseres Colero

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I C.C Permiso especial de Permanencia.

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 8033829120820 16°

**SEXO:** (F) M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 12082016 **EDAD:** 5 años

**DIRECCION:** Kra16#45 **BARRIO:** 7 de Mayo

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR (ARRENDADA)

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) ACUEDUCTO NO (LUZ)
ALCANTARILLADO NO (GAS)

**TELEFONO:** 3127460723

**EPS:** CajacoPi **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** (FISICA) INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Fonalicis Cerebral

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Desde el embarazo Presento el Zika

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Madre

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** (SI) NO

**CUAL UTILIZA:** Tel

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI (NO)

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:**

**QUE INSUMOS NECESITA:**

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| ANHAIS | VICTORIA | CASERES | COLERO |

**1.6 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: 803382912082016

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha Año | Mes | Día |
|---|---|---|---|
| Areté- Centro de Audiodiagnóstico y Rehabilitación Fonoaudiológica SAS | 2022 | 4 | 20 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | FONSECA |

## c. CATEGORÍA 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 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b710.3 b715.3 b720.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.388 s750.388 s798.388

3. Codigos Actividades y Participación

d410.3 d455.3 d460.3



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
PET - 8MS

VENEZOLANA

No. 8033829120520016

Apellidos
CASERES COLERO

Nombres
ANHAIS VICTORIA

Cédula de identidad
27845610

Sexo
F

Nacionalidad
VENEZOLANA

Fecha de Nacimiento
20 05 08 / 2

Fecha de Expedición
2023/08/14

# FUNDACION VIDA CON AMOR IPS

NIT:,900139859-2

COD. PRESTADOR: 442790073901

FUNDACION VIDA CON AMOR I.P.S

## HISTORIA CLINICA DE NEUROPEDIATRÍA

Referencia: 681301

| IDENTIFICACIÓN | NOMBRES Y APELLIDOS | FECHA NACIMIENTO | EDAD |
|---|---|---|---|
| CE, 803382912082016 | ANHAIS VICTORIA CASERES COLERD | 12/08/2016 | 4 AÑOS, 11 MESES, 13 DÍAS |
| **SEXO** | **ESTADO CIVIL** | **PERTENENCIA ETNICA** | **GRUPO POBLACIONAL** |
| FEMENINO | SOLTERO | NINGUNO DE LOS ANTERIORES | NO APLICA |
| **NIVEL DE ESTUDIO** | **OCUPACION** | **DIRECCIÓN** | **TELÉFONO** |
| OTRO | NO TENGO INFORMACION | KR 9A 21-16 | 3127460723- 3017871609 |
| **FINANCIADOR** | **RÉGIMEN** | **PRIMER INGRESO** | **ÚLTIMA ATENCIÓN** |
| CAJACOPI | SUBSIDIADO | 25/07/2021 03:47 AM | 25/07/2021 08:08 AM |

## ANAMNESIS

### MOTIVO DE LA CONSULTA

VALORACION MULTIDISCIPLINAR

### ENFERMEDAD ACTUAL

ESA PACIENTE PARA VALORACION MULTIDISCIPLINAR POR PRESENTAR ATRASO EN SU DESARROLLO NEUROSICOMOTOR SECUNDARIDA LESION CeREBRAL ESTATICA, CON ANTECEDENTE DE INFECCION DE POR VIRUS DEL ZIKA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACION, POR LO CUAL SE ENCUENTRA EN ACOMPAÑAMIENTO MULTIDISCIPLINAR.
AFIRMA LA MADRE EPISODIOS DE POSTURA TONICA GENERALIZADA CON PERDIDA DE CONCIENCIA.

## ANTECEDENTES

### PERSONALES - PATOLOGICOS

HEMIPLEJÍA ESPÁSTICA POR PARÁLISIS CEREBRAL

### MEDICOS FAMILIARES

SIN DATOS POSITIVOS

## EXAMEN FISICO

### SIGNOS VITALES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TENSIÓN ARTERIAL | | FREC. CARDIA | 92 | FREC RESPIRATORIA | 24 |
| PULSO | 92 | PESO | | TALLA | |
| IMC | | | | | |

### INSPECCIÓN FÍSICA

| | |
|---|---|
| Aspecto General | ADECUADO PARA LA EDAD |
| Abdomen | FLASCIDO SIN VISCEROMEGALIAS |
| Tórax y Cardiopulmonar | SIMETRICOS, MURMULLO VESICULAR PRESENTE, SIN SOBREAGREGADOS |
| Extremidades | HIPOTONIA MUSCULAR. |
| Genitourinario | NORMOCONFIGURADO |
| Neurológico | MICROCEFALIA, ACTIVO REACTIVO, SIN ASIMETRIAS FACIALES, PUPILAS ISOCORICAS FOTORREACTIVAS..<br>FUERZA MUSCULAR: HIPOTONIA MUSUCULAR DE JEE, ESPASTICIDAD DISTAL, ASIMETRIA DE LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES SIENDO MAYOR EN LADO DERECHO, COMPARADA CON EL LADO CONTRALATERAL, NO CONSIGUE DEAMBULACION INDEPENDIENTE, NO SE SIENTA SOLA.<br>DIFICULTAD EN LA COMPRENSION DE COMANDOS, DIFICULTAD EN EL LENGUAJE EXPRESIVO. |
| Piel y Faneras | NORMAL |

# FUNDACION VIDA CON AMOR IPS

NIT: 900139859-2

SEDE: FUNDACIÓN VIDA CON AMOR IPS FONSECA

Fecha de impresión del documento: 03/08/2021 16:00

FUNDACION VIDA CON AMOR I.P.S

## FORMATO DE REFERENCIA

### INFORMACION DE LA ATENCION

| FECHA DE ATENCION | No. REFERENCIA |
|---|---|
| 25/07/2021 | 18278 |

### INFORMACION DEL PRESTADOR

| NOMBRE | | NIT | CÓDIGO |
|---|---|---|---|
| FUNDACION VIDA CON AMOR IPS | | 900139859-2 | 442790073901 |
| DIRECCIÓN | TELÉFONO | DEPARTAMENTO | CIUDAD |
| CRA. 26 NO. 3-74 FONSECA | 7755549 - 3012344412 - 3183515849 | LA GUAJIRA | URIBIA |

### DATOS DEL PACIENTE

| N° IDENTIFICACION | NOMBRES Y APELLIDOS | | FECHA DE NACIMIENTO |
|---|---|---|---|
| Cc. 803362912082016 | ANHAIS VICTORIA CASERES COLERO | | 12/08/2016 |
| EDAD | SEXO | DIRECCIÓN | TELÉFONO |
| 4 AÑOS, 11 MESES, 22 DIAS | FEMENINO | KR 9A 21-16 | 3127460723- 3017871609 |
| CIUDAD | FINANCIADOR | | CODIGO FINANCIADOR |
| FONSECA | CAJACOPI | | 890102044-1 |

### PROFESIONÁL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

| NOMBRES Y APELLIDOS | TELÉFONO |
|---|---|
| RAY VICENTE DELUQUE BAUTE | 0 |
| SERVICIO QUE SOLICITA LA REFERENCIA | SERVICIO PARA EL CUAL SE SOLICITA LA REFERENCIA |
| NEUROPEDIATRÍA | ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA |

### INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

VALORACION CON ORTOPEDIA INFANTIL.
PACIENTE CON ATRASO EN SU DESARROLLO NEUROPSICOMOTOR SECUNDARIO A LESION CEREBRAL ESTATICA, AMERITA CONTONUAR CON TERAPIAS DE REHABILITACION INTEGRAL Y SEGUIMIENTO POR ESTA ESPECIALIDAD.AL EXAMEN FISICO ENCONTRAMOS, HIPOTONIA, MICROCEFALIA, ACTIVO REACTIVO, SIN ASIMETRIAS FACIALES, PUPILAS ISOCORICAS FOTORREACTIVAS.
FUERZA MUSCULAR: HIPOTONIA MUSUCULAR DE JEE, ESPASTICIDAD DISTAL, ASIMETRIA DE LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES SIENDO MAYOR EN LADO DERECHO, COMPARADA CON EL LADO CONTRALATERAL, NO CONSIGUE DEAMBULACION INDEPENDIENTE, NO SE SIENTA SOLA.
DIFICULTAD EN LA COMPRENSION DE COMANDOS, DIFICULTAD EN EL LENGUAJE EXPRESIVO.
SE ORDENA:
1. NO INDICO MEDICACIONES
2. SOLICITO RESONANCIA DE ENCEFALO BAJO SEDACION.
3. SOLICITO ELECTROENCEFALOGRAMA.
4. SOLICITO VALORACION CON ORTOPEDIA INFANTIL.
5. SE MANTIENEN TERAPIAS INTEGRALES EN LAS AREAS DE FONOUDIOLOGIA, T. OCUAPCIONAL, FISICA Y PSICOLOGIA 12 SESIONES X MES DURANTE 3 MESES
6. RECOMENDACIONES GENERALES.
7. RECOMENDACION Y PAUTAS DE HIGIENE RUTAS DE ATENCION EN CASO DE PRESENTAR SINTOMAS DE COVID-19
8. CONTROL EN TRES MESES.

Dr. Ray Vicente Deluque Baute
NEUROPEDIATRA
R.M. 2992-01

## DIAGNÓSTICO

| Fecha | Diagnostico | Tipo |
|---|---|---|
| 25/07/2021 | [Diagnóstico principal]<br>G808.OTROS TIPOS DE PARALISIS CEREBRAL INFANTIL<br><br>[Diagnóstico relacionado 1]<br>Q02X.MICROCEFALIA | 3 - CONFIRMADO REPETIDO |

## PLAN DE TRATAMIENTO

| FECHA | PLAN |
|---|---|
| 25/07/2021 | PACIENTE CON ATRASO EN SU DESARROLLO NEUROPSICOMOTOR SECUNDARIO A LESION CEREBRAL ESTATICA, AMERITA CONTONUAR CON TERAPIAS DE REHABILITACION INTEGRAL Y SEGUIMIENTO POR ESTA ESPECIALIDAD.<br>SE ORDENA:<br>1. NO INDICO MEDICACIONES<br>2. SOLICITO RESONANCIA DE ENCEFALO BAJO SEDACION.<br>3. SOLICITO ELECTROENCEFALOGRAMA.<br>4. SOLICITO VALORACION CON ORTOPEDIA INFANTIL.<br>5. SE MANTIENEN TERAPIAS INTEGRALES.EN LAS AREAS DE FONOAUDIOLOGÍA, T. OCUAPCIONAL, FISICA Y PSICOLOGIA 12 SESIONES X MES DURANTE 3 MESES<br>6. RECOMENDACIONES GENERALES.<br>7. RECOMENDACION Y PAUTAS DE HIGIENE RUTAS DE ATENCION EN CASO DE PRESENTAR SINTOMAS DE COVID-19<br>8. CONTROL EN TRES MESES. |

| PROFESIONAL QUE BRINDO LA ATENCION | RAY VICENTE DELUQUE SALTE | C.C.5135376 | R.M.: | 5135376 | FIRMA: Dr. Ray Delugue Salte NEUROPEDIATRA R.M. 5135376 |
|---|---|---|---|---|---|

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Selena Patricia Rocha Medina

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I C.C

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 45.646.471

**SEXO:** F M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 09-09-81 **EDAD:** 40 años

**DIRECCION:** clle 15 # 304 **BARRIO:** Invasión 8 de Enero

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO ACUEDUCTO LUZ no

ALCANTARILLADO no GAS. no

**TELEFONO:** 304 2247067

**EPS:** Cajacopi **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** celebro vascular Hemiplejia izquierda

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Enfermedad

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:** Primaria

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:**

**QUE INSUMOS NECESITA:**

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

27 DE DICIEMBRE DEL 2021

**NOMBRE: SELENA PATRICIA ROCHA MEDINA**
**C.C: 45.646.471**
**EDAD: 40 AÑOS**

## CERTIFICACION MEDICA

PACIENTE FEMENINA DE 40 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDNETES DE EVENTO CEREBROVASCULAR ISQUEMICO SECUELAR CON HEMIPLEJIA IZQUEIRDA ACOMPAÑADO DE DISLALIA QUE INCAPACITA LA REALIZACION DE ACTIVIDADES COTIDIANAS Y LABORALES NORMALES PARA SU EDAD, GENERANDO ASÍ DISCAPACIDAD

**DR. LEONARDO SOLANO GOMEZ**

**RM 1122814749**

¡Podemos Mejorar Tu Salud!

**URGENCIAS**

La salud es de todos | Minsalud

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## 1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| SELENA | PATRICIA | ROCHA | MEDINA |

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 45645471

## 2. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha | | |
|---|---|---|---|
| | Año | Mes | Día |
| Areté- Centro de Audiodiagnóstico y Rehabilitación Fonoaudiológica SAS | 2021 | 12 | 27 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | FONSECA |

## 3. CATEGORÍA 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 |

## 4. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 33.33 |
| Movilidad | 75.00 |
| Cuidado Personal | 0.00 |
| Relaciones | 15.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 45.00 |
| Participación | 50.00 |
| GLOBAL | 36.39 |

## 5. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b167.3 b310.3 b320.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s730.260 s750.200

3. Codigos Actividades y Participación

d310.1 d350.3 d4154.3

La salud es de todos | Minsalud

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### 7. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Documento |
|---|---|---|
| MAIRY PAOLA SOLANO BRITO | Fonoaudiología | CC-1120742988 |
| JORGE LUIS PEREZ MOLINA | Medicina | CC-17953649 |
| MARILIS MARIA AMAYA BLANCHAR | Terapia ocupacional | CC-56054906 |

### 8. FIRMA DEL SOLICITANTE O DE LA PERSONA QUE LO REPRESENTA

Yo, *SELENA PATRICIA ROCHA MEDINA* manifiesto que: *SI*

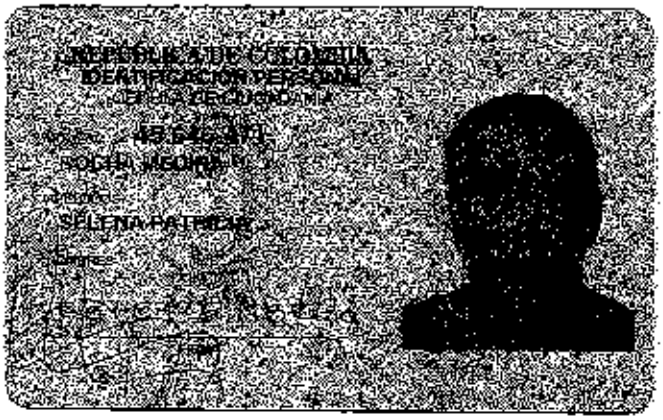
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

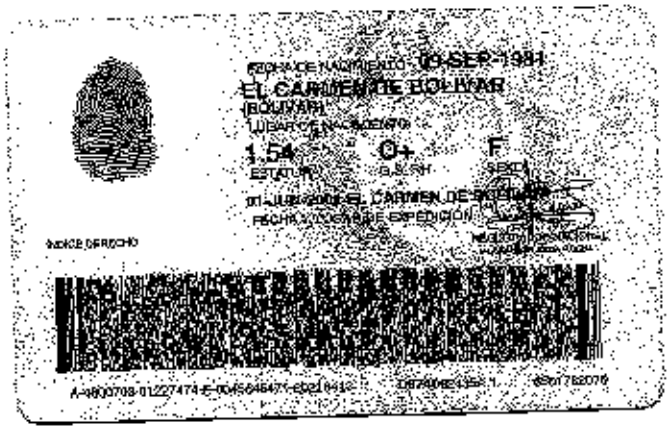
Selena Rocha — Nombre y Firma

45646471 — Documento: CC-45646471

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez*





FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Jhon Jairo De La Hoz Molina

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 17.959.349

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 9/11/1981 **EDAD:** 44

**DIRECCION:** Manzana 6 casa 3 **BARRIO:** Villa Hermosa

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO✓ ACUEDUCTO✓ LUZ✓ ALCANTARILLADO✓ GAS✓

**TELEFONO:** 314 871 5066

**EPS:** Dusakawi **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA✓ INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Traumatismo intracreaneal.

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Accidente

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Esposa

**NIVEL EDUCATIVO:** Bachiller

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI (NO)

**CUAL UTILIZA:**

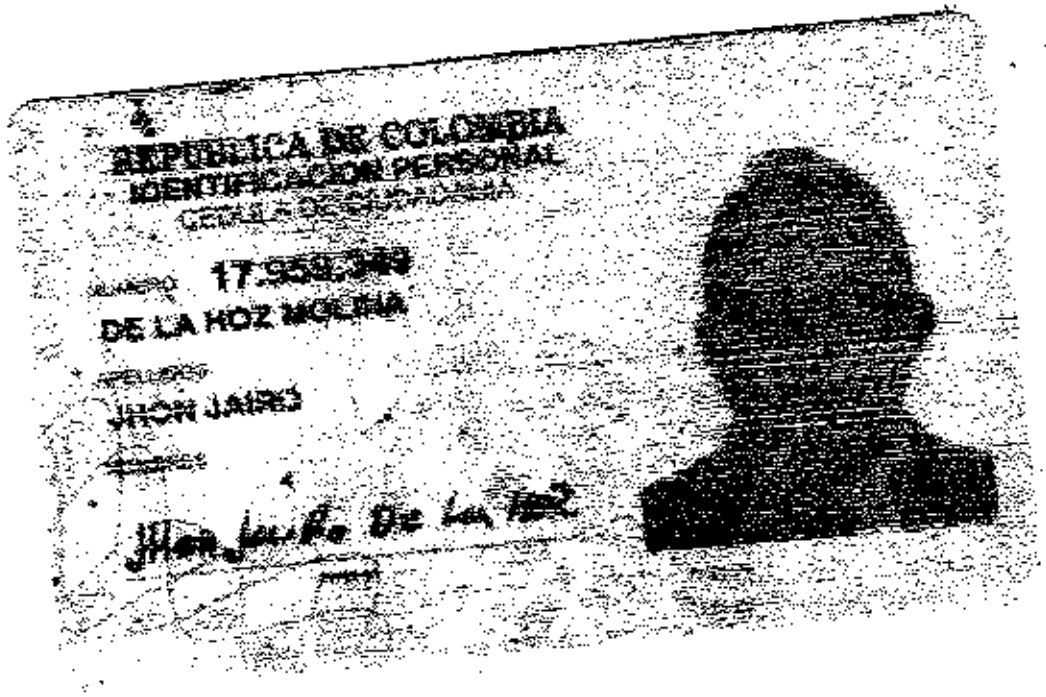
**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

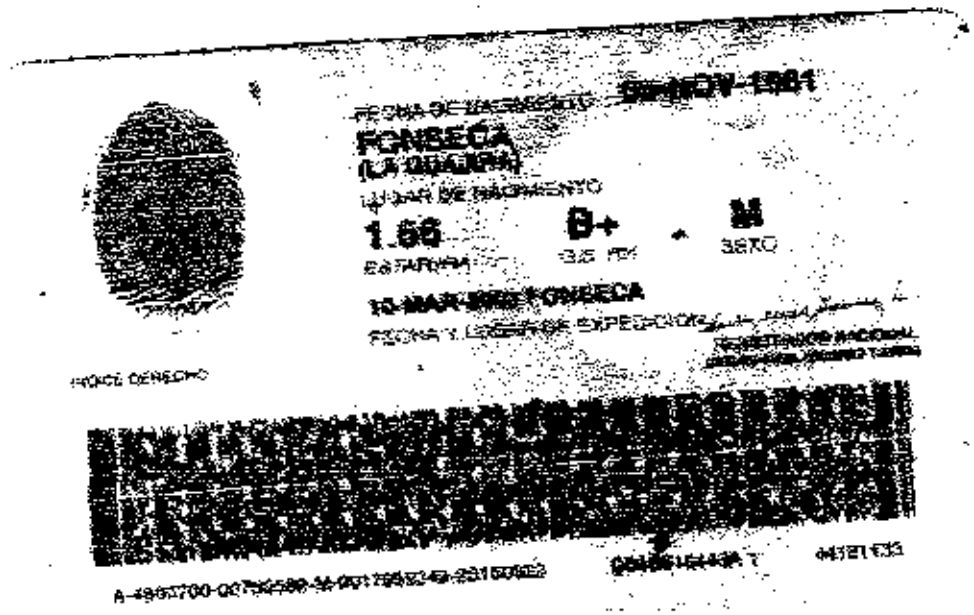
**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Vendedor

**QUE INSUMOS NECESITA:** Insumos, Vasos, Pitillos, Hielo, sabores, tazas, cucharones, carretilla, bolsas

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** (SI) NO

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
17.359.349
DE LA HOZ MOLINA
JHON JAIRO


FONSECA
(LA GUAJIRA)
1.66
B+
M
10-MAR-1981 FONSECA

CC 3A871506

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 |
|---|---|---|---|
| JHON | JAIRO | DE LA HOZ | MOLINA |

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 17959349

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha | | |
|---|---|---|---|
| | Año | Mes | Día |
| Areté- Centro de Audiodiagnóstico y Rehabilitación Foncaudiológica SAS | 2022 | 4 | 20 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | FONSECA |

## c. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | X | NO | |
| Visual | SI | X | NO | |
| Auditiva | SI | | NO | X |
| Intelectual | SI | | NO | X |
| Psicosocial (Mental) | SI | | NO | X |
| Sordoceguera | SI | | NO | X |
| Múltiple | SI | X | NO | |

## d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 70.83 |
| Movilidad | 70.00 |
| Cuidado Personal | 62.50 |
| Relaciones | 20.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 65.00 |
| Participación | 59.38 |
| GLOBAL | 57.95 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b750.4 b765.2 b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s720.202 s730.202 s740.202

3. Codigos Actividades y Participación

d161.3 d350.3 d4154.4

La salud es de todos | Minsalud

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | | Firma |
|---|---|---|---|
| MAIRY PAOLA SOLANO BRITO | Fonoaudiología | CC-1120742988 | Mairy Solano |
| JORGE LUIS PEREZ MOLINA | Medicina | CC-17953649 | J P |
| MARILIS MARIA AMAYA BLANCHAR | Terapia ocupacional | CC-56054906 | Marilis Amaya |

### g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *JHON JAIRO DE LA HOZ MOLINA* manifiesto que: *SI*

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

JHON JAIRO DE LA HOZ — 17959349

Nombre y Firma

Documento: CC-17959349

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*

# IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA



**TOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**

**: 17959349 CC 17959349 DELAHOZ MOLINA JHON JAIRO Mas, 40 Años (8-Nov-1981)**

ación a seguridad social - Regimen: Contributivo Empresa: Asociacion de Cabildos Indigenas del Cesar Número de afiliación:

turacion con cargo a: Regimen: Contributivo Empresa: Asociacion de Cabildos Indigenas del Cesar DUSAKAWI Nivel: MENOR A 2 SMLMV

caso de urgencia avisar a: JUANA MARTINEZ ( HERMANA ) - Dirección: - Teléfono: 3235456032

**Evolución del 8-Jun-2022 04:08 pm: 40 Años**
4947483

**MEN FÍSICO**

pección general: SECUELAS DE TCE
c. cardiaca: 78, Frec. respiratoria: 16, Temperatura: 37.0°C, Peso: 80.0
s), Talla: 160 cms., IMC: 31.25 Obesidad grado I , Perímetro
itura: --, Saturación O2: 100.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar:
ente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI,
ente embriagado: NO
sión arterial: Sentado: 120 / 80 (Optima / TA Media: 93), Acostado: --,
pia: --, Cúbito Lat.Izq.: --
cala Glasgow: 15/15 (Ocular:4. Verbal:5. Motora:6)

**EZA Y CUELLO**

RMAL

**A, OJOS Y ORL**

MSUINUCION DE AGUDEZA VISUAL

**AX, CORAZÓN Y PULMÓN**

RMAL

**DÓMEN Y LUMBAR**

RMAL

**TEMA GENITO-URINARIO**

RMAL

**REMEDADES Y PELVIS**

RMAL

**TEMA NEUROLÓGICO**

SAPTRIA -E STABLE
E S- ATÁXIA A LA MARCHA

**AD. MENTAL**

RMAL

**TEMA OSTEOMUSCULAR**

RMAL

**MPLEMENTARIOS**

)

**ÁLISIS / EVOLUCIÓN**

G
POLITRAUMATISMO.
1 TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO MODERADO.
1.1FRACTURA DE BASE DE CRANEO.
2 HERIDA EN CARA - REGION PARIETAL Y OREJA DERECHA SATURADA.
PARALISIS DE III-NC DERECHO.
CUELAS DE TCE

EFIERE EL PACIENTE QUE SIGUE CON IGUAL SINTOMAS.
TERACION DEL HABLA Y LA MARCHA . NO CEFALEA
E VX POR JUNTA MEDICA DE EPS - INDCA QUE REPORTE SE SA A LA EPS

**ANÁLISIS / EVOLUCIÓN**

SE RETRASO EN INCAAPCIDADA POR FALTA DE TURNO CON E SPECILIDADES .
AUN SIN VX POR NEUROOFTALMOLOGIA .

EVOLUCION;:
ESTABLE CON SECUELAS .

**CONDUCTA A SEGUIR**

VX POR MED LABORAL - JUNTA PARA DEFINIR PORIGEN CONDUCTA Y CALIFICACION DE INVALIDEZ
CITA POR NEUROCX CONTROL
VX POR FISIATRIA
INCAPACIDAD MEDICA POR 30 DIAS
NAPROXENO 250 MG VO CADA 8 H SI DOLOR : 30

**DIAGNÓSTICO**

Documento de venta: 446500028601-EV-181999
Principal de consulta: [T905 ] SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL - Confirmado repetido
Servicio de egreso: 1157 CONSULTA CONTROL NEUROCIRUGIA
En internación
No se hicieron Remisiones

**Orden médica: 446500028601-OMED-2340268, 8-Jun-2022**

- CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA +
Observaciones: VX POR MED LABORAL - JUNTA PARA DEFINIR PORIGEN CONDUCTA Y CALIFICACION DE INVALIDEZ
CITA POR NEUROCX CONTROL
VX POR FISIATRIA

- CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA
Observaciones: VX POR MED LABORAL - JUNTA PARA DEFINIR PORIGEN CONDUCTA Y CALIFICACION DE INVALIDEZ
CITA POR NEUROCX CONTROL
VX POR FISIATRIA

**Orden médica: 446500028601-OMED-2340269, 8-Jun-2022**

- NAPROXENO 250 MG, #30, ORAL, 1 Cada 12 horas

**Documento de venta asociado**

EV-181999
Contributivo: Asociacion de Cabildos Indigenas del Cesar DUSAKAWI

Hospital San Rafael Nivel I
SAN JUAN DEL CESAR - LA GUAJIRA

PROFESIONAL: [0073] JOAB MARTIN MIRANDA HERRERA - NIT: 73161698 - Registro: RM230556/CC73161698 - Especialidad: NEUROCIRUGIA
[446500028601] HOSPITAL SAN RAFAEL - ESE

SENTIRBIEN
unidad de salud mental
NIT 901.000.449 - 1
Direccion : Carretera Nacional Km 1 Salida a Fonseca
Telefono : 314-8014122
Distraccion

CONSULTA EXTERNA
Admision # 04985

| | | | |
|---|---|---|---|
| N° HISTORIA CLINICA | 26992594 | INGRESO | 01/06/2022 08:07:33 AM |
| NOMBRE PACIENTE | CARRILLO NIEVES CARMEN CLARA | IDENTIFICACION | CC 26992594 |
| EDAD | 83 AÑO(S) 1 MESE(S) 27 DIA(S) | NACIMIENTO | 05/04/1939 |
| ESTADO CIVIL | CASADO | SEXO | F |
| DIRECCION | CL 23 #7-12 MAICAO | TELEFONO | 3017007135 |
| LUGAR RESIDE | MAICAO - MAICAO (LA GUAJIRA) | NIVEL -EST | N.D. |
| ENTIDAD | CAJACOPI | REGIMEN | SUBSIDIADO |
| AUTORIZACION | 4400100637 | | |

# HISTORIA CLINICA DE INGRESO

PIEL Y MUCOSA
NORMAL

## DIAGNOSTICO

DESCRIPCION SEGUN CIE
F209 - ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA
F03X - DEMENCIA , NO ESPECIFICADA

## PLAN

DETALLE
1- MEMANTINA TAB 10 MG # 60 TAB
USO: TOMAR 1 TAB VIA ORAL A LAS 10 AM
DIARIAMENTE X 2 MESES

2-QUETIAPINA TAB 200MG #120
USO: TOMAR UNA TAB EN LA MAÑANA Y OTRA TAB
EN LA NOCHE

3- LOSARTAN TAB 50 MG #120
USO: TOMAR UNA TAB CADA 12 HORAS X 2
MESES

4- ESOMEPRAZOL TAB 40 MG #60
USO: TOMAR UNA TAB CADA DIA EN AYUNAS

5- CITACONTROL PSIQUIATRIA 2 MESES

6- VALORACION POR NEUROLOGIA

7- SE SOCLITA TAC DE CEREBRO

Dr. William Rivero Ovalle
MD: Psiquiatra
Reg. Med. 255716
C.C. 72191603 / Barranquilla

WILLIAM RAMIRO RIVERO OVALLE
PSIQUIATRIA
RM :

Con el internista.

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Shadal Juliana Pinto Rios

**TIPO DE IDENTIFICACION:** (R.C) T.I CC

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.120.245.356

**SEXO:** (F) M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 22 VII 2016 **EDAD:** 6 años

**DIRECCION:** Fonseca **BARRIO:**

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR (ARRENDADA)

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) (ACUEDUCTO) (LUZ) (ALCANTARILLADO) (GAS)

**TELEFONO:** 3216973889

**EPS:** CoosaludP **REGIMEN:** Subsidiada

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Multiple

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Paralisis Cerebral

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Abuela (Paterna)

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** (SI) NO

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI (NO)

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:**

**QUE INSUMOS NECESITA:**

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

**DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**

**HC: 1120245356** **RC 1120245356** **PINTO RIOS SHAROL JULIANA** **Fem, 5 Años (22-Jul-2016)**

Afiliación a seguridad social - Regimen: Subsidiado Empresa: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI - Número de afiliación:

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI Nivel: Nivel I

En caso de urgencia avisar a: X ( X ) - Dirección: X - Teléfono:

****EPICRISIS del 22-Jun-2022 04:20 pm: 5 Años**
Id: 4972063

**EXÁMEN FÍSICO**

Inspección general: ESTABLE
Frec. cardiaca: 60, Frec. respiratoria: 14, Temperatura: 37.0°C, Peso: 20.0 Kgs., Talla: 120 cms., IMC: 13.89 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente enfermo: NO
Tensión arterial: Sentado: 1 / 1 (Optima / TA Media: 1), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

**CABEZA Y CUELLO**

MICROCEFALIA, CUELLO: MÓVIL, SIMÉTRICO, SIN ADENOMEGALIAS CERVICALES, NO INGURGITACION YUGULAR

**CARA, OJOS Y ORL**

OJOS: PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, OIDOS: SIN SALIDA DE SECRECIONES POR CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO, MUCOSAS HÚMEDAS, FARINGE SIN ESCURRIMIENTO NO PLACAS NO EXUDADOS

**TÓRAX, CORAZÓN Y PULMÓN**

TORAX EXPANSIBLE, SIMETRICO, NO TIRAJES, MURMULO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN SOBREAGREGADOS, RsCsRs SIN SOPLOS

**ABDÓMEN Y LUMBAR**

BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOR A LA PALPACION, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS NI MEGALIAS

**SISTEMA GENITO-URINARIO**

NO VALUADO

**OSTEOMUSCULAR, EXTREMIDADES Y PELVIS**

SIMETRICAS, SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR < 2 SEG, EUTROFICAS, EUTERMICAS, PULSOS DISTALES PRESENTES

**SISTEMA NEUROLÓGICO**

ALERTA, ACTIVA, REACTIVA, LIBRE DE CRISIS

**PIEL**

NORMAL

**ESTADO MENTAL**

NORMAL

**EVOLUCIÓN**

PACIENRTE FENMMAINA
IDX
1) PARALSIS CEREBRAL (MICROCEFRALIA)
2( EPILEPSIA DE NOVO

PACIETE AS DIA ESATLESIN NUEVO EPISO DE COVUSION. DIURESIS PSOITIVA,

MICROCERFALO, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS, MUCASO ORAL HUMEDA

**EVOLUCIÓN**

TORAX SIMETRICO: MURMULLO VESICULAR EN AMBOS CAMOA PULMONARES, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLO,
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE PERISTALSIS POSITIVA Y EFECTIVA, SIN VISCEROMEGALIAS, LEVE DOLOR A PALAPCION
GU: NORMOCONFIGULADOS EXTERNAMENTE PAR AL AEDA Y EL SEXO
EXTREMIDADES: EUTROFICAS SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS,
SNC: ALERTA SIN DADTO S DE TERIORO, LIBRE DE CRISIS

PACIENTE SIN EPISPDO NUVO DE CONSULSION, VALORADO RPO NEUROCIRUGIA QUIEN DESCRIBE TAC CRANEO SIMPLE : SE APRECIA ATROFIA CERBERAL CRONICA - MULTIPLES CALCIFICACIONE S. DEFORMIDADA DE CRANEO POR PATOLOGIA SECUELAS. LESIONES CRONICAS . SE SOCLICITO PARCIAL DE ORIAN NI OFUIE POSIBEL RECOMGER MUESTRAS, PACEN ECON MAS DE 24 HORAS SIN CONVULSIONES ESTABLE AFEBRIL SIN CRITERIO DE HOSPITALIZACION DSE DECIDE AR EGRESO. ACIET ETIEN EL DI ADE MAÑANA CITA PRO NEUROLGIA PEDITRICA CON QUIEN PUEDES COMENTAR CUADRO CLINICO PARA AJUSTE DE MEDICACION.

**PROCEDIMIENTOS QX, PARACLINICOS E IMAGENES DX**

TAC CRANEO SIMPLE : SE APRECIA ATROFIA CERBERAL CRONICA - MULTIPLES CALCIFICACIONE S.
HEMNOGRMAA LEUCO : 16.3000 NEU:78.6% LINF; 13.5% HG: 12.9 MG/DL HC:38.4% PLAQU: 287.000V
PCR: 1.3

**DIAGNÓSTICO**

Orden de internación: 446500028601-FINT-476048
Ingreso a urgencias: [R568 ] OTRAS CONVULSIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS -
Salida de urgencias: [R568 ] OTRAS CONVULSIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS -
Principal de consulta: [R568 ] OTRAS CONVULSIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS -
Relacionado a la consulta: [Q02X ] MICROCEFALIA -

Fecha de Ingreso al servicio: 21-Jun-2022 01:45 pm
Servicio de egreso: 1520 SALA OBSERVACION MEDIANA
Fecha de egreso: 22-Jun-2022 04:25 pm

No se hicieron Remisiones

**CONDUCTA A SEGUIR**

- ALTA MEDICA
- ACETAMINOFEN JARABE 150MG/5ML, DAR 10 CC POR FIEBRE, CANTIDAD: 1
- ACIDO VALPROICO JARABE DAR 4 CC VO CADA 12 HORAS POR 10 DIAS CONTINAUR 6 CC VO CADA 12 HORAS NO SUSPENDER HASTA SER VAORADA PRO NEUROLOGI PEDTRICA.
- CITA NEUROLOGIA PEDITRICA PRIORITARIA
- CITA PEDIATRIA CONSULTA EXTERNA

La salud es de todos | Ministerio

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| SHAROL | JULIANA | PINTO | RIOS |

### 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: 1120245356

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha Año | Mes | Día |
|---|---|---|---|
| reté- Centro de Audiodiagnóstico y Rehabilitación Fonoaudiológica SAS | 2021 | 12 | 24 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | FONSECA |

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | X | NO | |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | | NO | X |
| Intelectual | SI | X | NO | |
| Psicosocial (Mental) | SI | X | NO | |
| Sordoceguera | SI | | NO | X |
| Múltiple | SI | X | NO | |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b114.4 b117.4 b770.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s710.300 s770.300 s798.300

3. Codigos Actividades y Participación

d133.4 d450.4 d540.4

La salud es de todos | Minsalud

**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

**7. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD**

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| MAIRY PAOLA SOLANO BRITO | Fonoaudiología | CC-1120742988 |
| JORGE LUIS PEREZ MOLINA | Medicina | CC-17953649 |
| MARILIS MARIA AMAYA BLANCHAR | Terapia ocupacional | CC-56054906 |

**8. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL**

Yo, *SHAROL JULIANA PINTO RIOS* manifiesto que: *SI*

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

Luz Deivis Peralta Zabaleta

Nombre y Firma

Documento: RC-1120245356

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

*... certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*

*Sin los firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1120245356

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55996042

*55996042*

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 1 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código X 2 C

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - GUAJIRA - SAN JUAN DEL CESAR

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| PINTO | RIOS |

Nombre(s)

SHAROL JULIANA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2015 Mes JUL Día 22 | FEMENINO | "A" | POSITIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - GUAJIRA - SAN JUAN DEL CESAR

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO NACIDO VIVO | 13523196-8 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos

RIOS SUAREZ ANGELICA VANESSA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| TI 1002343971 EL CARMEN DE BOLIVAR | COLOMBIANA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos

PINTO PERALTA KEINER ALVEIRO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1120751434 FONSECA | COLOMBIANA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

PINTO PERALTA KEINER ALVEIRO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 1120751434 FONSECA | Keiner Pinto |

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace la inscripción |
|---|---|
| Año 2015 Mes JUL Día 26 | OMAIRA CECILIA CUELLO CUELLO<br>Nombre y firma |

NOTARIA UNICA DEL CIRCULO DE SAN JUAN DEL CESAR - LA GUAJIRA
NOTARIO ENCARGADO

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Keiner Pinto<br>Firma | OMAIRA CECILIA CUELLO CUELLO<br>Nombre y firma |

NOTARIA UNICA DEL CIRCULO DE SAN JUAN DEL CESAR - LA GUAJIRA
NOTARIO ENCARGADO

**ESPACIO PARA NOTAS**

DE VARIOS N°23 FOLIO N° 31 (A) NOTARIA UNICA DEL CIRCULO DE SAN JUAN DEL CESAR - LA GUAJIRA

- ORIGINAL PARA EL INTERESADO -

NOTARIA UNICA DEL CIRCULO DE SAN JUAN DEL CESAR
NOTARIO ENCARGADO

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Lusmira Maria Mieles

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (CC)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 26.993.862

**SEXO:** (F) M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 27 oct 1955 **EDAD:** 66 años

**DIRECCION:** Cll 33 # 13-71 **BARRIO:** Villa Hermosa

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR (ARRENDADA)

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) ACUEDUCTO NO (LUZ)

ALCANTARILLADO (GAS)

**TELEFONO:** 3216954505

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA✓ INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Artrosis Reumatoide

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

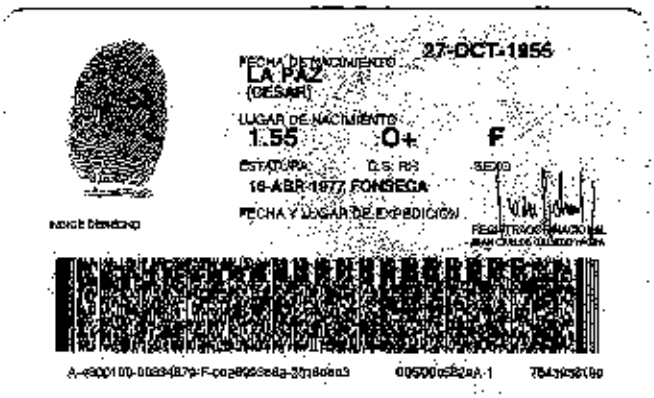
**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Se Dedica a Coser

**QUE INSUMOS NECESITA:**

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 26.993.862
MIELES
APELLIDOS
LUSMIRA MARIA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 27-OCT-1956
LA PAZ
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
18-ABR-1977 FONSECA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

**E.S.E. HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA [442790037301]**
**NIT 892.170.002-1**
REGIMEN COMUN - CALLE 15 No. 21 - 31 - TELS: 7756084 - FAX: 7756084 - MAIL:
FONSECA, LA GUAJIRA

INCAPACIDAD
Jueves, 11-Ago-2022 08:24 am
R-FAST 8.7s


# INCAPACIDAD GENERAL
# Número: 1020834

**Historia: 26993862** Id: CC 26993862 **MIELES LUSMIRA MARIA** Femenino 66 Años

Reglmen: Subsidiado Empresa: COMFAGUAJIRA SUBSIDIADO - Nivel: Nivel 1 Numero de afiliadon:

Duración: 2 ( DOS DIAS )

Desde el Jueves, 11-Ago-2022 Hasta el Viernes, 12-Ago-2022

DIAGNOSTICOS:
Orden de Internación: 442790037301-AD-369444
Principal de consulta: [M796 ] DOLOR EN MIEMBRO.
Causa externa: Enf general
Relacionado a la consulta: [M069 ] ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA.
Causa externa: Enf general

OBSERVACIONES:
" TENGO DOLOR EN LA PIERNA "

INCAPACIDAD MEDICA POR 2 DIAS A PARITR DE LA FECHA

Dra. Betzabeth Mejia M.
MÉDICO GENERAL
U. METROPOLITANA
R.M. - 2348915

[1062] MED-BETZABETH MEJIA MARTINEZ
Id: CC 1140845826
Registro profesional: 2348915

Hospital San Agustín ¡Podemos Mejorar Tu Salud!
URGENCIA

MIELES LUSMIRA MARIA
CC 26993862

# EPICRISIS



## DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

**HC: 26993862** **CC 26993862** **MIELES LUSMIRA MARIA** **Fem, 66 Años (27-Oct-1955)**

Afiliación a seguridad social - Regimen: Subsidiado Empresa: COMFAGUAJIRA SUBSIDIADO - Nivel: Nivel 1 Número de afiliación:

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: COMFAGUAJIRA SUBSIDIADO Nivel: Nivel 1

En caso de urgencia avisar a: ( ) - Dirección: - Teléfono:

**Apertura TRIAGE del 11-Ago-2022 08:20 am: 66 Años**
Id: 470521

**Clasificación de triage**

TRIAGE 2 URGENTE ATENCION DE 20 A 30 MINUTOS

Dra. Betzabeth Mejía M.
MÉDICO GENERAL
METROPOLITANA
R.M. - 23488-15

PROFESIONAL: [1062] MED-BETZABETH MEJIA MARTINEZ - Registro: 2348915 - Especialidad: MEDICINA GENERAL
[442790037301] E.S.E. HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA

****Evolución del 11-Ago-2022 08:20 am: 66 Años**
Id: 1020830

**EXÁMEN FÍSICO**

Inspección general: ESTABLE
Frec. cardiaca: 75, Frec. respiratoria: 18, Temperatura: 36.0ºC, Peso: 73.0 Kgs., Talla: 154 cms., IMC: 30.78 Obesidad , Perímetro cintura: --, Saturación O2: 99.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 110 / 80 (Optima / TA Media: 90), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --
Escala Glasgow: 15/15 (Ocular:4, Verbal:5, Motora:6)

**CONDUCTA A SEGUIR O PLAN DE MANEJO**

MANEJO MEDICO

**Orden de Internación asociada**

69444
Subsidiado: COMFAGUAJIRA SUBSIDIADO

Dra. Betzabeth Mejía M.
MÉDICO GENERAL
U. METROPOLITANA
R.M. - 23488-15

PROFESIONAL: [1062] MED-BETZABETH MEJIA MARTINEZ - Registro: 2348915 - Especialidad: MEDICINA GENERAL
[442790037301] E.S.E. HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA

**Apertura URGENCIAS del 11-Ago-2022 08:23 am: 66 Años**
Id: 470522

**MOTIVO DE CONSULTA**

" TENGO DOLOR EN LA PIERNA "

**ENFERMEDAD ACTUAL**

PACIENTE FEMENINA DE 66 AÑOS DE EDAD QUIEN ACUDE AL SERVICIO DE URGENCIAS REFIRIENDO CUADRO CLINICO DE 1 DIA DADO POR DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, DE INTENSIDAD 7/10 SEGUN ESCALA ANALOGA DEL DOLOR, ASOCIADO A DOLOR EN GLUTEO IPSILATERAL. PACIENTE SUFRIO TRAUMATISMO CONTUDENTE HACE 1 SEMANA. REFIERE ADEMAS ARTRALGIAS GENERALIZADAS, DE PREDOMINIO EN DEDOS DE MANOS, TIENE ANTECEDENTES DE ARTRITIS.

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**

NEGATIVO

**ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**

NEGATIVO

**ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO**

NEGATIVO

**ANTECEDENTES HOSPITALARIOS**

NEGATIVO

**ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS**

NEGATIVO

**ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS**

NEGATIVO

**ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS**

NEGATIVO

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

NEGATIVO

Dra. Betzabeth Mejía M.
MÉDICO GENERAL
U. METROPOLITANA
R.M. - 23488-15

PROFESIONAL: [1062] MED-BETZABETH MEJIA MARTINEZ - Registro: 2348915 - Especialidad: MEDICINA GENERAL
[442790037301] E.S.E. HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA

****Evolución del 11-Ago-2022 08:23 am: 66 Años**
Id: 1020832

**EXÁMEN FÍSICO**

Inspección general: ESTABLE
Frec. cardiaca: 75, Frec. respiratoria: 18, Temperatura: 36.0ºC, Peso: 73.0 Kgs., Talla: 154 cms., IMC: 30.78 Obesidad , Perímetro cintura: --, Saturación O2: 99.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 110 / 80 (Optima / TA Media: 90), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --
Escala Glasgow: 15/15 (Ocular:4, Verbal:5, Motora:6)

**DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**

**HC: 26993862** **CC 26993862** **MIELES LUSMIRA MARIA** **Fem, 66 Años (27-Oct-1955)**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: COMFAGUAJIRA SUBSIDIADO Nivel: Nivel 1

**DIAGNÓSTICO**

Orden de Internación: 442790037301-AD-369444
Principal de consulta: [M796 ] DOLOR EN MIEMBRO -
Relacionado a la consulta: [M069 ] ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA -
Servicio de egreso: 1200 URGENCIAS
En Internación
No se hicieron Remisiones

**Orden de Internación asociada**

AD-369444
Subsidiado: COMFAGUAJIRA SUBSIDIADO

Dra. Betzabeth Mejía M.
MÉDICO GENERAL
U. METROPOLITANA
R.M. - 23489-15

PROFESIONAL: [1062] MED-BETZABETH MEJIA MARTINEZ - Registro: 2348915 - Especialidad: MEDICINA GENERAL
[442790037301] E.S.E. HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA

Hospital San Agustín
¡Podemos Mejorar Tu Salud!
URGENCIA

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Jhoan Andrés Carrillo Vallejo

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I CC

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.720.746.428

**SEXO:** F M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 19-09-92 **EDAD:** 29

**DIRECCION:** Calle 21 # 6-35 **BARRIO:** 12 de Octubre

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO ✓ ACUEDUCTO ✓ LUZ ✓

ALCANTARILLADO ✓ GAS ✓

**TELEFONO:** 302 3997968

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Hidrocefalia

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Congénita

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:** Tecnologo - Gestion integrada

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI ✓ NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Venta de fritos

**QUE INSUMOS NECESITA:** Vitrina - mesa - Aluminio, materia prima

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI ✓ NO

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira.*

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 |
|---|---|---|---|
| JHOAN | ANDRES | CARRILLO | VALLEJO |

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: 1120746928

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha Año | Mes | Día |
|---|---|---|---|
| reté- Centro de Audiodiagnóstico y Rehabilitación Foncaudiológica SAS | 2021 | 12 | 27 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | FONSECA |

## c. CATEGORÍA 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 | 45.83 |
| Movilidad | 35.00 |
| Cuidado Personal | 25.00 |
| Relaciones | 35.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 36.11 |
| Participación | 37.50 |
| GLOBAL | 35.74 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.348 s130.348

3. Codigos Actividades y Participación

d155.2 d161.2 d4501.2

La salud es de todos | Minsalud

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| MAIRY PAOLA SOLANO BRITO | Fonoaudiología | CC-1120742988 |
| JORGE LUIS PEREZ MOLINA | Medicina | CC-17953649 |
| MARILIS MARIA AMAYA BLANCHAR | Terapia ocupacional | CC-56054906 |

## g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *JHOAN ANDRES CARRILLO VALLEJO* manifiesto que: *SI*

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

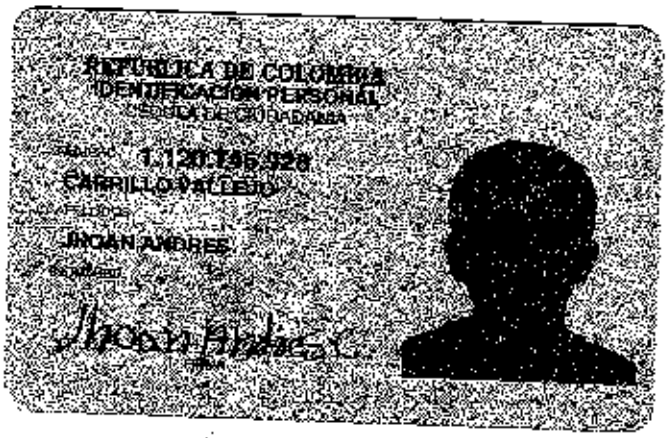
Jhoan Carrillo
Nombre y Firma

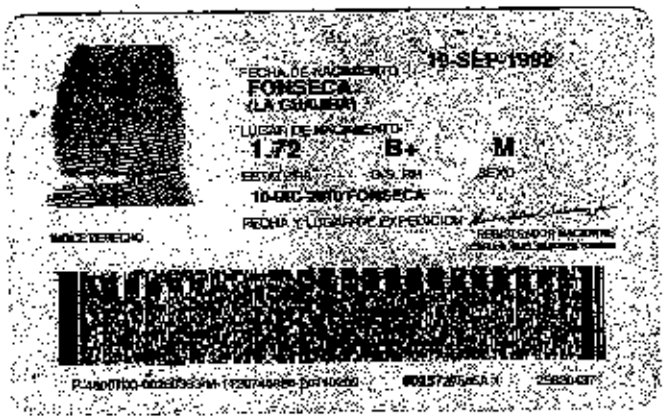
1120746928
Documento: CC-1120746928

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.*

*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez*


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
1.120.145.928
CARRILLO PALLARES
JHOAN ANDRES


10-SEP-1992
FONSECA
1.72
B+
M
10-DIC-2010 FONSECA

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Luis Alberto Deavila Brito.

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.120.740.405

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 03/04/1987 **EDAD:**

**DIRECCION:** Carrera 19 calle 21 #21-16 **BARRIO:** Barrio las delicias

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO ✓ ACUEDUCTO ✓ LUZ ✓

ALCANTARILLADO ✓ GAS ✓

**TELEFONO:** 301 514 7661

**EPS:** **REGIMEN:**

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Sordo

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Nacimiento

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI (NO)

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Zapatero

**QUE INSUMOS NECESITA:** Mesa, Hilos, Zuelas de zapatos, Agujas, silla pegante

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** (SI) NO

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 |
|---|---|---|---|
| LUIS | ALBERTO | DEAVILA | BRITO |

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 1120740405

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S

2.2 Fecha

| Año | Mes | Día |
|---|---|---|
| 2021 | 8 | 24 |

2.3 Departamento

LA GUAJIRA

2.4 Municipio

FONSECA

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | | NO | X |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | X | NO | |
| 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 | 0.00 |
| Movilidad | 5.00 |
| Cuidado Personal | 0.00 |
| Relaciones | 40.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 58.33 |
| Participación | 53.13 |
| GLOBAL | 26.08 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b230.3 b310.3 b320.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s260.373 s2601.373 s3203.374

3. Codigos Actividades y Participación

d7500.2 d879.3

La salud es de todos | Minsalud

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma | |
|---|---|---|---|
| CARLOS JULIO NEGRETE FUENTES | Psicología | Carlos Negrete | CC-1065203739 |
| MARIA FERNANDA DAMIAN RUMBO | Fisioterapia | Maria Fernanda Damian | CC-1065838148 |
| HUSSEIN ENRIQUE TORRES RAMIREZ | Medicina | Hussein Torres | CC-17973937 |

### g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *LUIS ALBERTO DEAVILA BRITO* manifiesto que: *SI*
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Luis ALBERTO Deavila Brito
Nombre y Firma

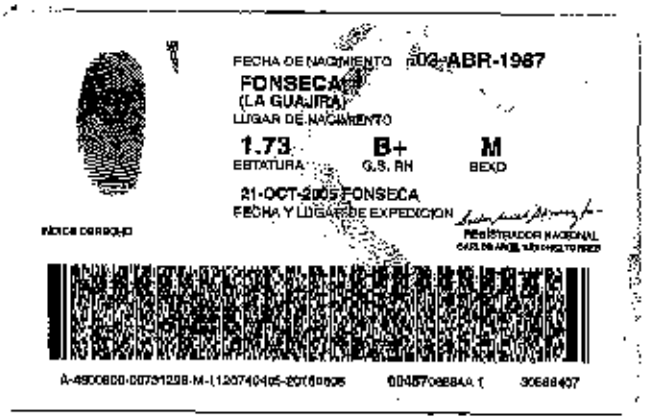
1.120.740.405
Documento: CC-1120740405

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

*SI*

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
APELLIDOS
LUIS ALBERT
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 02-ABR-1987
FONSECA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73
ESTATURA
B+
G.S. RH
M
SEXO
21-OCT-2005 FONSECA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Roberto Carlos Jimenez Duarte

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.006.727.033

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 16/10/2000 **EDAD:** 22 Años

**DIRECCION:** Calle 31 #12-10 **BARRIO:** Jose Prodemio Padilla

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR (ARRENDADA)

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO✓ ACUEDUCTO✓ LUZ✓ ALCANTARILLADO✓ GAS✓

**TELEFONO:** 301 270 6304

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA✓ INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE✓

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Emoxeralla Celebral

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Enfermedad

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Mamá

**NIVEL EDUCATIVO:** Bachiller

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI (NO)

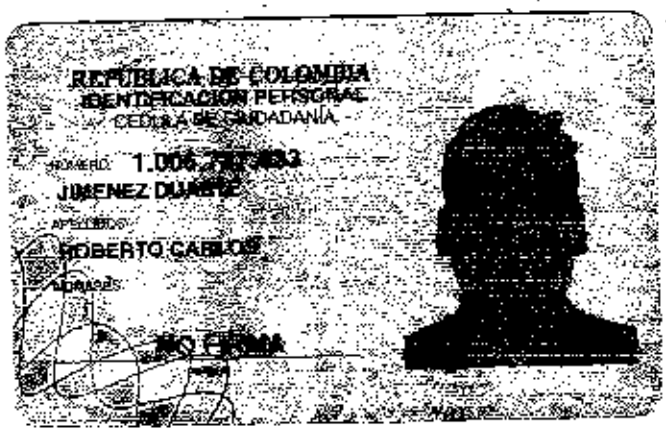
**CUAL UTILIZA:**

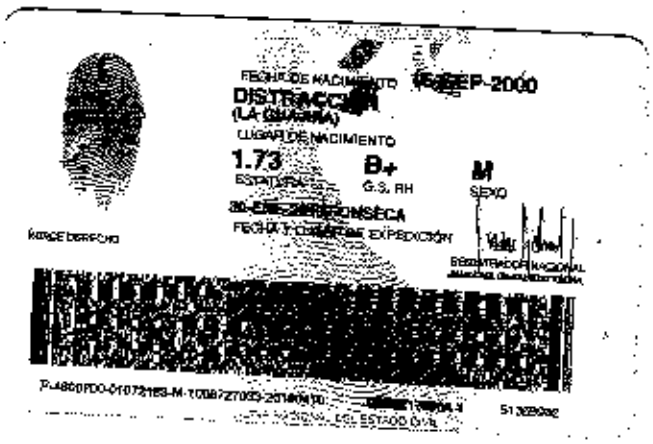
**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Miselanea

**QUE INSUMOS NECESITA:** Vitrina, productos, Nevera, sillas, Mesas

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** (SI) NO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.006
JIMENEZ DUARTE
APELLIDOS
ROBERTO CARLOS
NOMBRES
NO FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO
DISTRACCION
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73
ESTATURA
B+
G.S. RH
M
SEXO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

La salud es de todos

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| ROBERTO | CARLOS | JIMENEZ | DUARTE |

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 1006727033

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha Año | Mes | Día |
|---|---|---|---|
| centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S | 2021 | 8 | 24 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | FONSECA |

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | X | NO | |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | | NO | X |
| Intelectual | SI | X | NO | |
| Psicosocial (Mental) | SI | | NO | X |
| Sordoceguera | SI | | NO | X |
| Múltiple | SI | X | NO | |

## d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 45.83 |
| Movilidad | 20.00 |
| Cuidado Personal | 12.50 |
| Relaciones | 35.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 35.00 |
| Participación | 53.13 |
| GLOBAL | 33.58 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.2 b122.1 b167.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.273 s3203.274 s7702.270

3. Codigos Actividades y Participación

d155.2 d350.2 d879.3

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 |
|---|---|---|---|
| JEAN | CARLOS | ACOSTA | RADA |

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 1004308443

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha Año | Mes | Día |
|---|---|---|---|
| Areté- Centro de Audiodiagnóstico y Rehabilitación Fonoaudiológica SAS | 2021 | 12 | 26 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | FONSECA |

## c. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | X | NO | |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | | NO | X |
| Intelectual | SI | | NO | X |
| Psicosocial (Mental) | SI | X | NO | |
| Sordoceguera | SI | | NO | X |
| Múltiple | SI | X | NO | |

## d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 62.50 |
| Movilidad | 45.00 |
| Cuidado Personal | 12.50 |
| Relaciones | 20.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 25.00 |
| Participación | 68.75 |
| GLOBAL | 38.96 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b110.2 b122.3 b125.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s750.201

3. Codigos Actividades y Participación

d175.3 d4501.3 d910.3

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.9489

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Jean Carlos Acosta Rada

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.004.308.443

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 7 Agosto 1999 **EDAD:** 23

**DIRECCION:** Mza 23 #17A13 **BARRIO:** Villa Aromosa

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) (ACUEDUCTO) (LUZ) (ALCANTARILLADO) (GAS)

**TELEFONO:** 3116964198

**EPS:** CajaCopi **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** (FISICA) INTELECTUAL SENSORIAL (MULTIPLE)

**TIPO DE DISCAPACIDAD:**

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Ventas de Frito y Comida

**QUE INSUMOS NECESITA:** Una Vitrina, Mesas, Sillas, Sopera

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** (SI) NO

La salud es de todos Minsalud

**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

## f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| MAIRY PAOLA SOLANO BRITO | Fonoaudiología | CC-1120742988 |
| JORGE LUIS PEREZ MOLINA | Medicina | CC-17953649 |
| MARILIS MARIA AMAYA BLANCHAR | Terapia ocupacional | CC-56054906 |

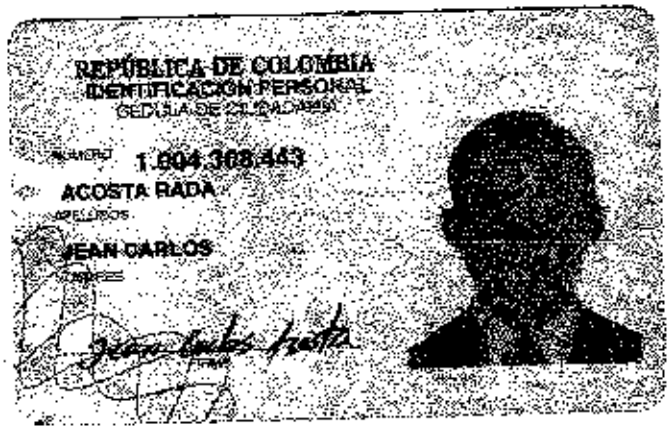
## g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

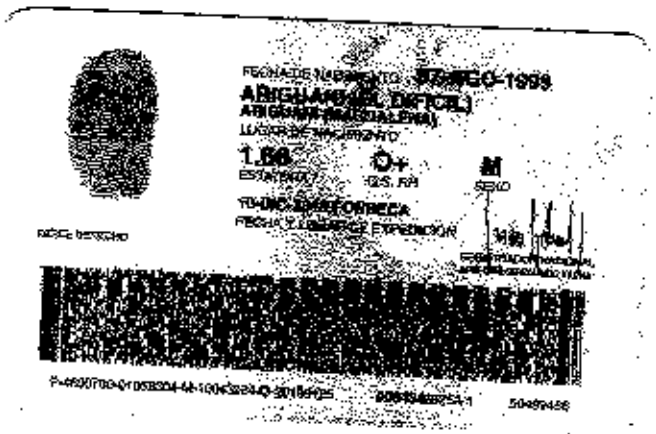
Yo, *JEAN CARLOS ACOSTA RADA* manifiesto que: *SI*
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Jean Carlos Acosta 1.004308443
Nombre y Firma Documento: CC-1004308443

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez*


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.804.368.443
ACOSTA RADA
APELLIDOS
JEAN CARLOS
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 27-ENE-1993
ARBIGLANDIA DIFICIL
ARBIGLANDIA (MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
YOHNS SANTORREA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Naifer Enrique Martinez Cortes

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C (T.I) C.C

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.122.812.647

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 20/11/2007 **EDAD:** 14 Años

**DIRECCION:** Manzana 16 32A casa 211A-91 **BARRIO:** Villa Hermosa

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO✓ ACUEDUCTO✓ LUZ✓ ALCANTARILLADO✓ GAS✓

**TELEFONO:** 302 336 1985

**EPS:** Anaswayu **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA✓ INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE✓

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Sordo modo

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Nacimiento

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Mamá

**NIVEL EDUCATIVO:** Primaria

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** (SI) NO

**CUAL UTILIZA:** Telefono

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Venta de frites

**QUE INSUMOS NECESITA:** Productos

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARJO VIVIR:** (SI) NO

La salud es de todos | Minsalud

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## 1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| NAIFER | ENRIQUE | MARTINEZ | CORTES |

### 1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 1122812647

## 2. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación: Areté- Centro de Audiodiagnóstico y Rehabilitación Fonoaudiológica SAS

2.2 Fecha

| Año | Mes | Día |
|---|---|---|
| 2021 | 12 | 24 |

2.3 Departamento: LA GUAJIRA

2.4 Municipio: FONSECA

## 3. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | X | NO | |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | X | NO | |
| Intelectual | SI | | NO | X |
| Psicosocial (Mental) | SI | | NO | X |
| Sordoceguera | SI | | NO | X |
| Múltiple | SI | X | NO | |

## 4. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 50.00 |
| Movilidad | 0.00 |
| Cuidado Personal | 0.00 |
| Relaciones | 25.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 5.00 |
| Participación | 50.00 |
| GLOBAL | 21.67 |

## 5. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b310.4 b330.4 b398.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s398.400 s399.400

3. Codigos Actividades y Participación

d175.2 d730.1 d7500.1

La salud es de todos | Minsalud

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### 7. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| MAIRY PAOLA SOLANO BRITO | Fonoaudiología | CC-1120742988 |
| JORGE LUIS PEREZ MOLINA | Medicina | CC-17953648 |
| MARILIS MARIA AMAYA BLANCHAR | Terapia ocupacional | CC-56054906 |

### 8. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *NAIFER ENRIQUE MARTINEZ CORTES* manifiesto que: *SI*

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

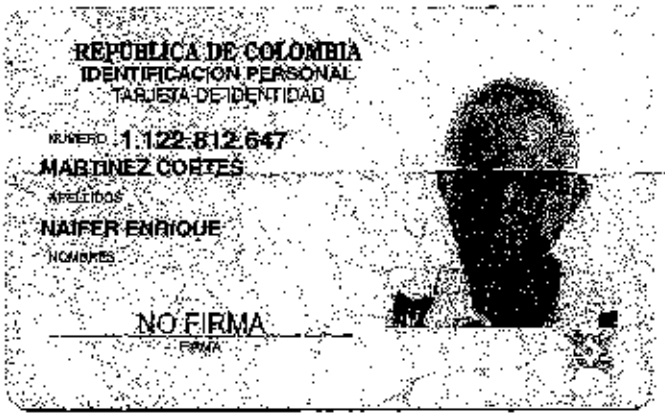
Mayelis Martinez Acompañante

Nombre y Firma

Documento: TI-1122812647

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.122.812.647

MARTINEZ CORTES

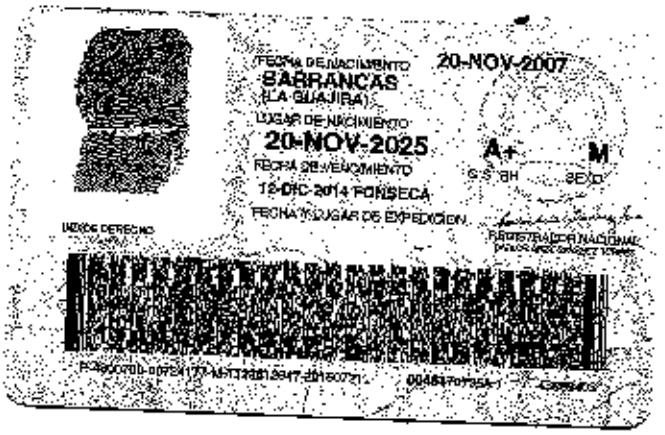
APELLIDOS

NAIFER ENRIQUE

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-NOV-2007

SARRANCAS
(LA GUAJIRA)

LUGAR DE NACIMIENTO

20-NOV-2025

FECHA DE VENCIMIENTO

A+ G.S. RH

M SEXO

12-DIC-2014 FONSECA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Nana Carolina Chamorro Mejia

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1193374509

**SEXO:** (F) M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 01/06/2000 **EDAD:** 22

**DIRECCION:** Manzana 19 Casa 2 **BARRIO:** Villa Hermosa

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO✓ ACUEDUCTO✓ LUZ✓ ALCANTARILLADO✓ GAS✓

**TELEFONO:** 324 261 1198

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL✓ SENSORIAL MULTIPLE✓

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Mental

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Nacimiento

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Hermana

**NIVEL EDUCATIVO:** Ninguno

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI (NO)

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI (NO)

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:**

**QUE INSUMOS NECESITA:**

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

La salud es de todos | Minsalud

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## 1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| IVANA | CAROLINA | CHAMORRO | MEJIA |

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 1193377509

## 2. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha Año | Mes | Día |
|---|---|---|---|
| Areté- Centro de Audiodiagnóstico y Rehabilitación Foncaudiológica SAS | 2021 | 12 | 28 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | FONSECA |

## 3. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

| Física | SI | | NO | X |
|---|---|---|---|---|
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | | NO | X |
| Intelectual | SI | X | NO | |
| Psicosocial (Mental) | SI | X | NO | |
| Sordoceguera | SI | | NO | X |
| Múltiple | SI | X | NO | |

## 4. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 66.67 |
| Movilidad | 0.00 |
| Cuidado Personal | 43.75 |
| Relaciones | 60.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 55.00 |
| Participación | 59.38 |
| GLOBAL | 47.47 |

## 5. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b114.4 b117.3 b140.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s398.278 s399.278

3. Codigos Actividades y Participación

d175.2 d730.3 d7500.3

La salud es de todos | Minsalud

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### 7. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO DE DISCAPACIDAD DE LA IPS DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| OLGA LEONOR MENDOZA MENDOZA | Fisioterapia | CC-1120743369 |
| NADIR MARIA RAMIREZ GRANADILLO | Psicología | CC-1121041880 |
| JORGE LUIS PEREZ MOLINA | Medicina | CC-17953649 |

### 8. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *IVANA CAROLINA CHAMORRO MEJIA* manifiesto que: *SI*

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

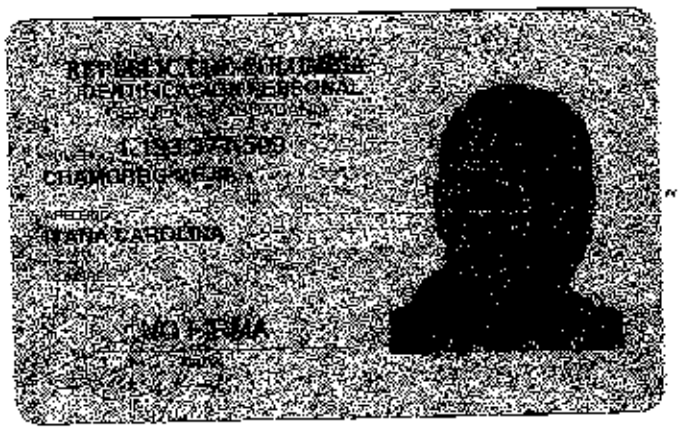
Nombre y Firma

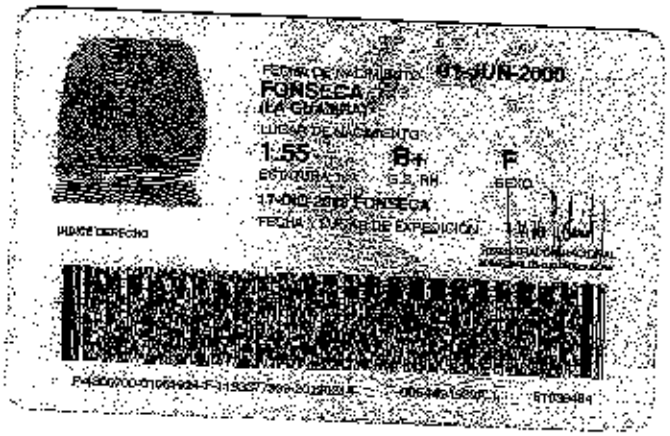
5.07.2020

Documento: CC-1193577509

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez*


IDENTIFICACION PERSONAL


FONSECA
01-JUN-2000
1.55
B+
F
17-DIC-2018 FONSECA

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Luis Antonio Hernandez Alteona

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C TI (CC)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 17.957.228

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 30 III 1977 **EDAD:** 43 años

**DIRECCION:** Calle 17A # 13-102 **BARRIO:** 15 de Dic

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) (ACUEDUCTO) (LUZ) (ALCANTARILLADO) (GAS)

**TELEFONO:** 3007338752

**EPS:** Ninsona **REGIMEN:**

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Auditiva

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI (NO)

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:** 5 Primaria

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

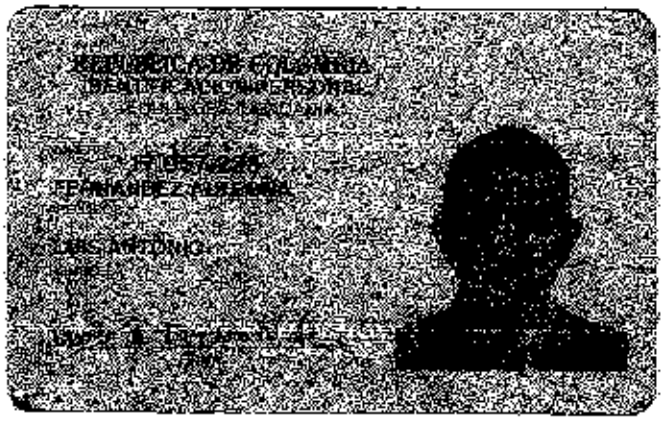
**CUAL UTILIZA:**

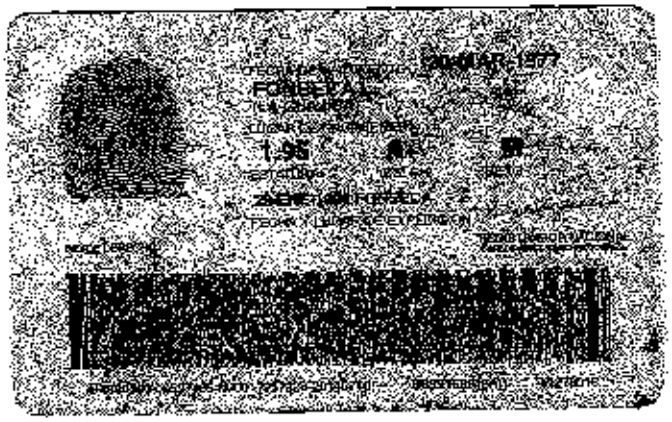
**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Venta de Miel de Abejas

**QUE INSUMOS NECESITA:**

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** (SI) NO





FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Yuleisy Fernandez Altahona

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.120.742.858

**SEXO:** (F) M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 4 08 1985 **EDAD:** 37 años

**DIRECCION:** Manzana 3 Casa 4 **BARRIO:** Villa Hermosa

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) (ACUEDUCTO) (LUZ) (ALCANTARILLADO) (GAS)

**TELEFONO:** 3206290508

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Auditiva

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI (NO)

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:** Bachiller ✓

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

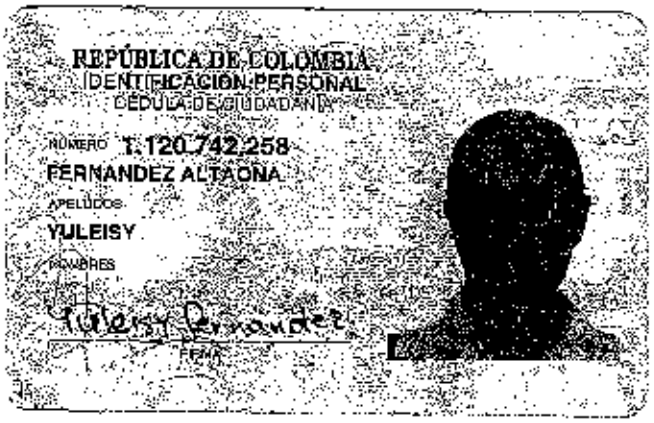
**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Tenencia.

**QUE INSUMOS NECESITA:** Fomi Sombrado, Hilos, Nailon. Lana, Bisuteria.

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.120.742.258
FERNANDEZ ALTAONA
APELLIDOS
YULEISY
NOMBRES
FIRMA


Indice derecho

FECHA DE NACIMIENTO 04-AGO-1985
FONSECA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
06-MAR-2007 FONSECA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

A-4800700-00603906-F-1120742258-20170606 0055843964A 1 48002799

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

| | | |
|---|---|---|
| YULEISY | FERNANDEZ | ATENCIO |

Certificado de Nacido Vivo

Número de documento de identidad: 1120742256

2.1. IPS donde se realiza la certificación

| | | | |
|---|---|---|---|
| Centro de Audiodiagnostico y Rehabilitacion Fonoaudiologica SAS | 202[illegible] | [illegible]2 | [illegible] |

| 2.2. Departamento | 2.3. Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | FONSECA |

CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | | NO | X |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | X | NO | |
| Intelectual | SI | | NO | X |
| Psicosocial (Mental) | SI | | NO | X |
| Sordoceguera | SI | | NO | X |
| Múltiple | SI | | NO | X |

| Dominio | |
|---|---|
| Cognición | 50.00 |
| Movilidad | 25.00 |
| Cuidado Personal | 0.00 |
| Relaciones | [illegible] |
| Actividades de la vida Diaria | 25.00 |
| Participación | 0.00 |
| GLOBAL | 21.[illegible] |

1. Codigos Funciones Corporales

b117.2, b126.2, b134.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s240.378, s250.378, s260.368

3. Codigos Actividades y Participación

d161.2, d175.2, d350.2

Generado en: 2021-12-[illegible]

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

[redacted]

MARY PAOLA [redacted] Psicóloga [redacted] CC [redacted]

JORGE LUIS [redacted] LUNA Medicina [redacted] CC [redacted]

MARIELA [redacted] AYA BLANCHAR Terapia ocupacional CC [redacted]

[redacted]

[redacted] ESY FERNANDEZ ALTAGNA [redacted]

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

[redacted]

Nombre y Firma

Documento [redacted]

Autorizo el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad [redacted] normatividad que lo regula.

El certificado de discapacidad no es [illegible] como medio para el reconocimiento de derechos económicos [illegible] Prestaciones sociales y beneficios laborales para la calificación de la pérdida de capacidad laboral [illegible] ante las formas establecidas el certificado de discapacidad no [illegible]

Identificador único

Emitido [redacted]

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Tatiana Andrea Mendoza Fragozo

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C (T.I) CC 1.120.740.138

**NUMERO DE DOCUMENTO:**

**SEXO:** (F) M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 17 V 2005 **EDAD:** 17

**DIRECCION:** Manzana 16 #11 **BARRIO:** Villa Hermosa

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) (ACUEDUCTO) (LUZ) (ALCANTARILLADO) (GAS.)

**TELEFONO:** 3046520748

**EPS:** CajaCopi **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA (INTELECTUAL) SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Mental

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Padre

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Panadería

**QUE INSUMOS NECESITA:** Harina, Azucar, Bocadillo, Rodillera Para estirar la masa

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** (SI) NO

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 |
|---|---|---|---|
| TATIANA | ANDREA | MENDOZA | FRAGOZO |

## b. Documento de identidad

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

Número de documento de Identidad: 1120740138

## c. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha | | |
|---|---|---|---|
| | Año | Mes | Día |
| Areté- Centro de Audiodiagnóstico y Rehabilitación Fonoaudiológica SAS | 2021 | 12 | 24 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | FONSECA |

## d. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | | NO | X |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | | NO | X |
| Intelectual | SI | | NO | X |
| Psicosocial (Mental) | SI | X | NO | |
| Sordoceguera | SI | | NO | X |
| Múltiple | SI | | NO | X |

## e. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 79.17 |
| Movilidad | 0.00 |
| Cuidado Personal | 25.00 |
| Relaciones | 95.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 45.00 |
| Participación | 96.43 |
| GLOBAL | 56.77 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

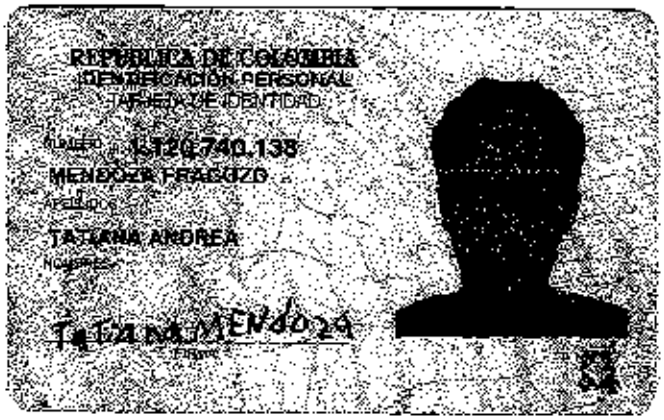
b110.1 b126.3 b167.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s398.400 s399.400

3. Codigos Actividades y Participación

d155.3 d175.4 d350.4



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.129.740.138
MENDOZA FRAGOZO
APELLIDOS

TATIANA ANDREA
NOMBRES

FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA

FECHA DE NACIMIENTO 17-MAY-2005
FONSECA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

17-MAY-2023 B+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

19-DIC-2018 FONSECA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

4

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Cristian Yesith Cano Nieves

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I C.C

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.120.745.266

**SEXO:** F M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 6 X 1990 **EDAD:** 31

**DIRECCION:** Cll 16 # 6-08 **BARRIO:** El Carmen

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) (ACUEDUCTO) (LUZ)

ALCANTARILLADO (GAS)

**TELEFONO:** 3002054819

**EPS:** Cafesalud **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE Sordera

**TIPO DE DISCAPACIDAD:**

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Nacimiento

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

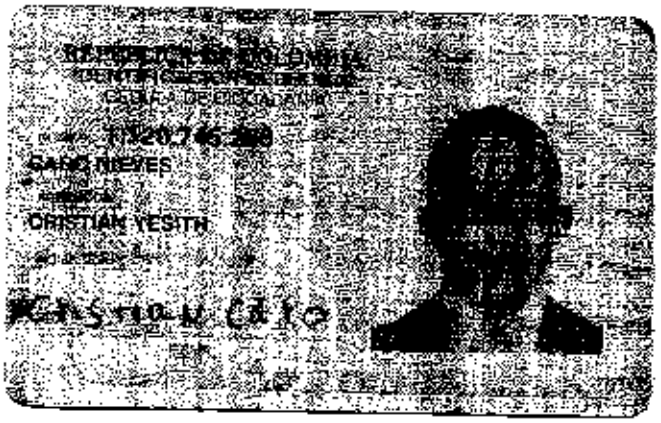
**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

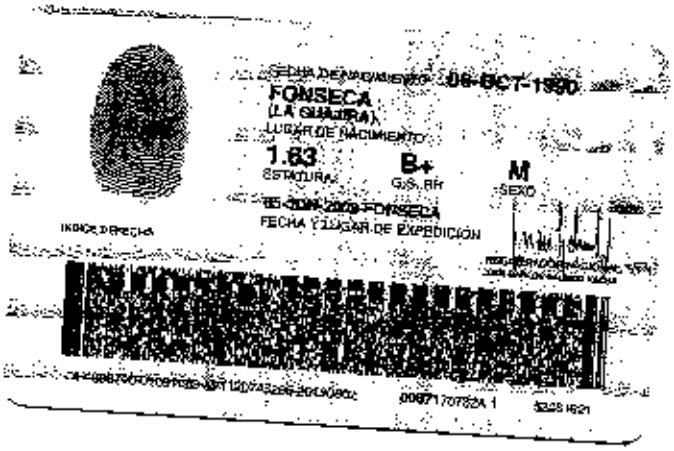
**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Ventas de Frito

**QUE INSUMOS NECESITA:** Harina, Aceite, Calderos

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*




3002054819

CALLE - 6 #08-16

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| CRISTIAN | YESITH | CARO | NIEVES |

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 1120745266

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha Año | Mes | Día |
|---|---|---|---|
| centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S | 2021 | 8 | 24 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | FONSECA |

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | | NO | X |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | X | NO | |
| 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 | 0.00 |
| Movilidad | 5.00 |
| Cuidado Personal | 0.00 |
| Relaciones | 40.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 38.89 |
| Participación | 50.00 |
| GLOBAL | 22.31 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b230.3 b310.3 b320.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s260.373 s2602.373 s3203.374

3. Codigos Actividades y Participación

d7500.2 d820.1 d879.2

La salud es de todos Minsalud

**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

## f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma | |
|---|---|---|---|
| CARLOS JULIO NEGRETE FUENTES | Psicología | Carlos Negrete | CC-1065203739 |
| MARIA FERNANDA DAMIAN RUMBO | Fisioterapia | Maria Fernanda Damian | CC-1065838148 |
| HUSSEIN ENRIQUE TORRES RAMIREZ | Medicina | Hussein Torres | CC-17973937 |

## g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *CRISTIAN YESITH CARO NIEVES* manifiesto que: *SI*

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

CRISTIAN-YESITH-CARO 1120745266

Nombre y Firma Documento: CC-1120745266

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez*

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.9489

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Leinis Lizbeth Bula Guerra

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (CC)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.123.972.463

**SEXO:** (F) M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 19SEP2013 **EDAD:** 18 años

**DIRECCION:** Cll 4 # 5-164 **BARRIO:** Conejo

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) (ACUEDUCTO) (LUZ) (ALCANTARILLADO) (GAS)

**TELEFONO:** 3136733163

**EPS:** CajacoPi **REGIMEN:** Subsidiada

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL (MULTIPLE)

**TIPO DE DISCAPACIDAD:**

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Nació Con la Discapacidad

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** La acompaña Su Mamá

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI (NO)

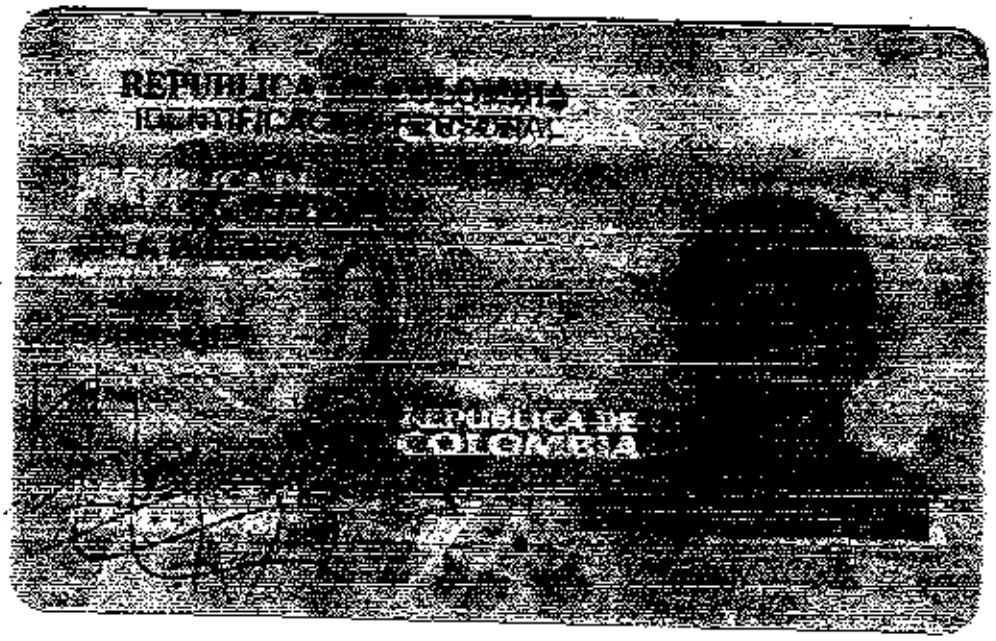
**CUAL UTILIZA:**

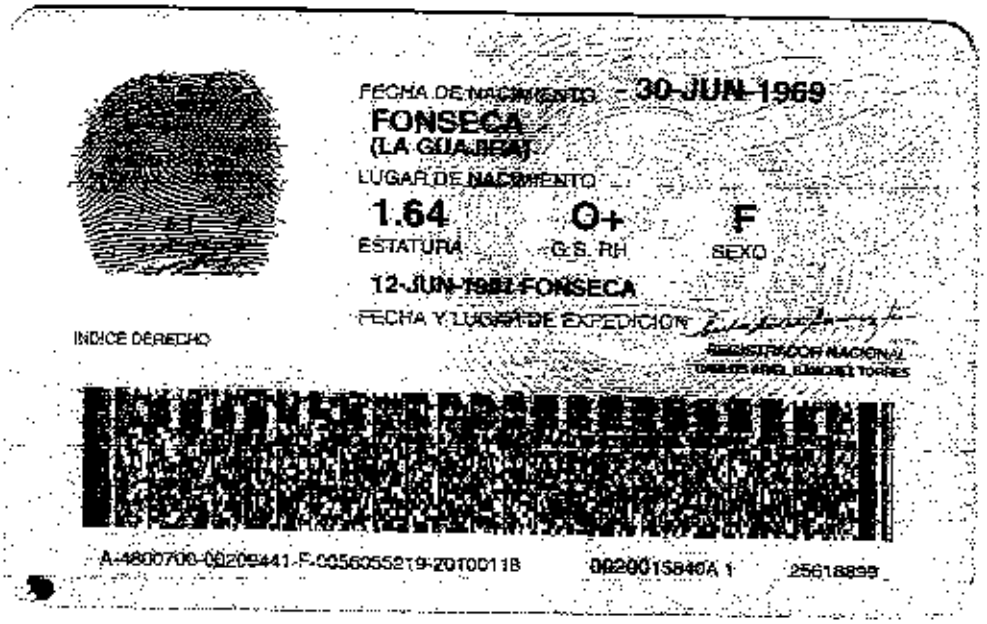
**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

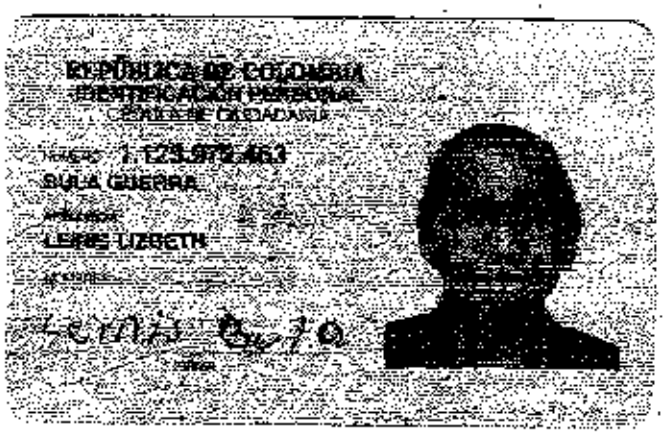
**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Venta de útiles escolares

**QUE INSUMOS NECESITA:**

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** (SI) NO


REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 30-JUN-1969
FONSECA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
12-JUN-1987 FONSECA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
A-4800700-00209441-F-0056055219-20100118
0020015840A 1
25618899

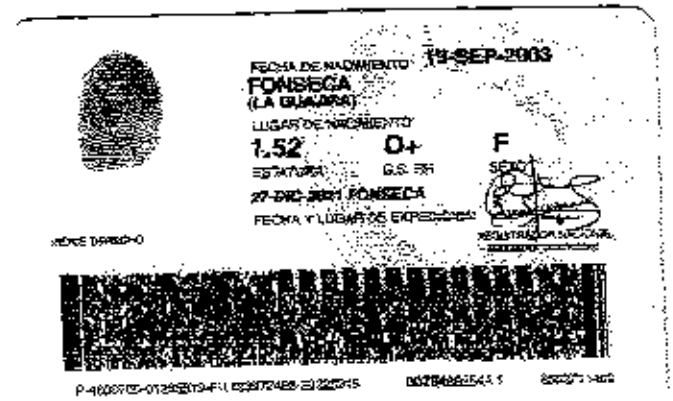


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.123.972.463
BULA GUERRA

APELLIDOS
LEIDIS LIZBETH

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-SEP-2003
FONSECA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
27-DIC-2021 FONSECA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

La salud es de todos. Minsalud

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| MAIRY PAOLA SOLANO BRITO | Fonoaudiología | CC-1120742988 |
| JORGE LUIS PEREZ MOLINA | Medicina | CC-17953649 |
| MARILIS MARIA AMAYA BLANCHAR | Terapia ocupacional | CC-56054906 |

### g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *LEINIS LIZBETH BULA GUERRA* manifiesto que: *SI*

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

Leinis Lizbeth Bula — 1123972463

Nombre y Firma

Documento: TI-1123972463

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*

*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:**

**NOMBRES COMPLETOS:** Enrique Luis Pavea

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 17-957.938

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 9 X 1980 **EDAD:** 40

**DIRECCION:** **BARRIO:**

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA (FAMILIAR) ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) ACUEDUCTO (LUZ)

ALCANTARILLADO (GAS)

**TELEFONO:** 3106520245

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** Subsidiada

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** (FISICA) INTELECTUAL SENSORIAL (MULTIPLE)

**TIPO DE DISCAPACIDAD:**

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Ventas de Plasticos

**QUE INSUMOS NECESITA:** Baldes, escobas y Rastrillos

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel.: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

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 |
|---|---|---|---|
| ENRIQUE | LUIS | POVEA | ORTIZ |

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 17957936

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha Año | Mes | Día |
|---|---|---|---|
| Areté- Centro de Audiodiagnóstico y Rehabilitación Fonoaudiológica SAS | 2021 | 12 | 29 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | FONSECA |

## c. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | X | NO | |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | | NO | X |
| Intelectual | SI | X | NO | |
| Psicosocial (Mental) | SI | | NO | X |
| Sordoceguera | SI | | NO | X |
| Múltiple | SI | X | NO | |

## d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 45.83 |
| Movilidad | 70.00 |
| Cuidado Personal | 31.25 |
| Relaciones | 45.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 45.00 |
| Participación | 50.00 |
| GLOBAL | 47.85 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

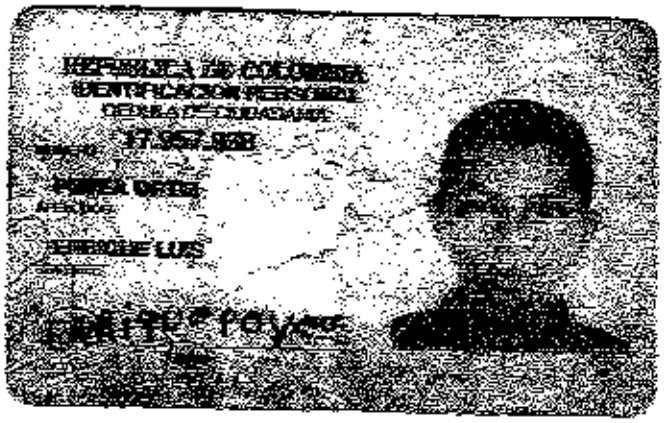
b117.3 b152.2 b167.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s730.272 s750.272 s770.272

3. Codigos Actividades y Participación

d161.2 d175.2 d4602.2





FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Carlos Alfredo Fernandez Solano

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 17958510

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 29/1/1982 **EDAD:** 40

**DIRECCION:** Cll 20 # 10-32 **BARRIO:** 12 oct

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA (FAMILIAR) ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) (ACUEDUCTO) (LUZ)

ALCANTARILLADO (GAS)

**TELEFONO:**

**EPS:** Cajacopi **REGIMEN:** Subsidiada

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** (FISICA) INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:**

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

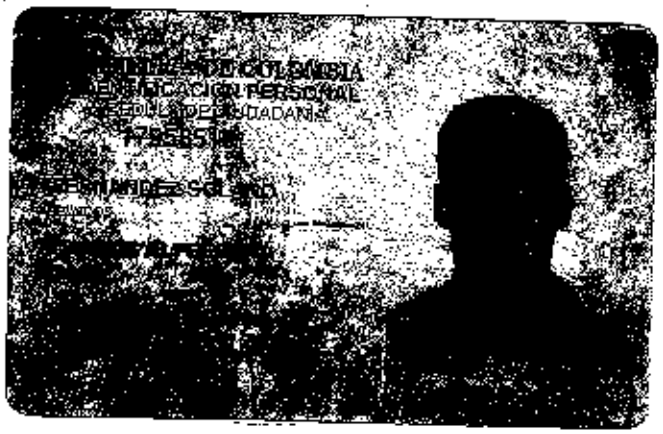
**CUAL UTILIZA:**

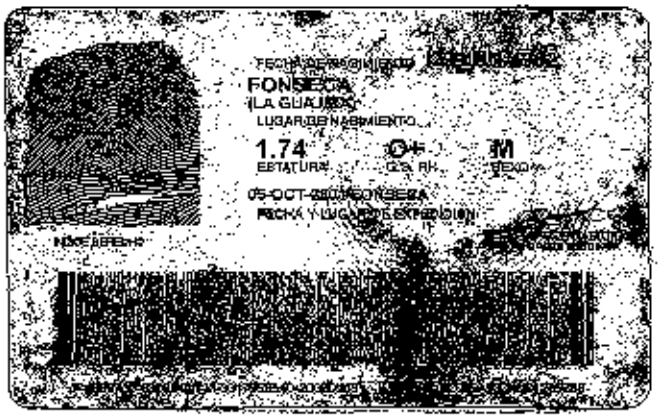
**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Ventas, de bolis, Hielo

**QUE INSUMOS NECESITA:** Agua

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO




FONSECA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.74
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
05-OCT-2010 FONSECA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

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 |
|---|---|---|---|
| CARLOS | ALFREDO | FERNANDEZ | SOLANO |

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: 17958510

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha Año | Mes | Día |
|---|---|---|---|
| Areté- Centro de Audiodiagnóstico y Rehabilitación Foncaudiológica SAS | 2021 | 12 | 26 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | FONSECA |

## 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 | 37.50 |
| Movilidad | 35.00 |
| Cuidado Personal | 25.00 |
| Relaciones | 35.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 52.78 |
| Participación | 62.50 |
| GLOBAL | 41.30 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b229.2 b710.3 b729.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s720.352 s730.272

3. Codigos Actividades y Participación

d640.2

La salud es de todos · Minsalud

**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

**f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD**

| Nombre | Profesión | | Firma |
|---|---|---|---|
| OLGA LEONOR MENDOZA MENDOZA | Fisioterapia | CC-1120743369 | |
| NADIR MARIA RAMIREZ GRANADILLO | Psicología | CC-1121041880 | |
| JORGE LUIS PEREZ MOLINA | Medicina | CC-17953649 | |

**g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL**

Yo, *CARLOS ALFREDO FERNANDEZ SOLANO* manifiesto que: *SI*
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Carlos Fernandez Solano 17 958 510
Nombre y Firma

Documento: CC-17958510

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

*SI*

*certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.9489

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Lidubina Guerra Guerra

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 26.995.385

**SEXO:** (F) M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 29/12/1960 **EDAD:** 61

**DIRECCION:** calle 33c # 15-41 **BARRIO:** Villa Hermosa

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO ✓ ACUEDUCTO ✗ LUZ ✓ ALCANTARILLADO ✓ GAS ✓

**TELEFONO:** 3016363744

**EPS:** Dusakawi **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA ✓ INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Desgaste de cadera

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Enfermedad

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Sobrino

**NIVEL EDUCATIVO:** Bachiller

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** (SI) NO

**CUAL UTILIZA:** Baston

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Vendedora de arepas

**QUE INSUMOS NECESITA:** Mesa, molino, olla, anafe, cucharas, tazas, silla, servilleta plato, vasos, estufa

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** (SI) NO

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| LIDUBINA | | GUERRA | GUERRA |

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 26995385

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

Areté- Centro de Audiodiagnóstico y Rehabilitación Fonoaudiológica SAS

2.2 Fecha

| Año | Mes | Día |
|---|---|---|
| 2022 | 4 | 27 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | FONSECA |

## c. CATEGORÍA 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 | 8.33 |
| Movilidad | 90.00 |
| Cuidado Personal | 25.00 |
| Relaciones | 20.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 65.00 |
| Participación | 75.00 |
| GLOBAL | 47.22 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b280.4 b420.3 b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s740.463 s750.363

3. Codigos Actividades y Participación

d4104.4 d4154.4 d4501.4

La salud es de todos | Minsalud

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| MAIRY PAOLA SOLANO BRITO | Fonoaudiología | CC-1120742988 |
| JORGE LUIS PEREZ MOLINA | Medicina | CC-17953649 |
| MARILIS MARIA AMAYA BLANCHAR | Terapia ocupacional | CC-56054906 |

### g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *LIDUBINA GUERRA GUERRA* manifiesto que: *SI*

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

Lidubina Guerra

Nombre y Firma

26995385

Documento: CC-26995385

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*

*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26.995.385

GUERRA GUERRA

APELLIDOS

LUDUBINA

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 26-DIC-1950

FONSECA
(LA GUAJIRA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

03-FEB-1983 FONSECA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-4800700-88 I-7005-F-00258955385-20060420 0053508110N 02 2040294662

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.949-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Jesualdo Rojevo Molina

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (CC)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 17.956.109

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 4 VI 1960 **EDAD:** 62

**DIRECCION:** Mza Jo #12-77 **BARRIO:** Villa Hermosa

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO (ACUEDUCTO) (LUZ) (ALCANTARILLADO) (GAS)

**TELEFONO:** 3206416882, 3002874662

**EPS:** ComFaguajira **REGIMEN:** Subsidiada

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** (FISICA) INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:**

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Accidente

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI ✓ NO

**PARENTESCO:** hija

**NIVEL EDUCATIVO:** Muletas

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI ✓ NO

**CUAL UTILIZA:** Muletas

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Ventas de recarga

**QUE INSUMOS NECESITA:**

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

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 |
|---|---|---|---|
| JESUALDO | | ROYERO | MOLINA |

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 17956109

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación: Areté- Centro de Audiodiagnóstico y Rehabilitación Fonoaudiológica SAS

2.2 Fecha

| Año | Mes | Día |
|---|---|---|
| 2021 | 12 | 28 |

2.3 Departamento: LA GUAJIRA

2.4 Municipio: FONSECA

## c. CATEGORÍA 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 | 85.00 |
| Cuidado Personal | 12.50 |
| Relaciones | 5.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 69.44 |
| Participación | 56.25 |
| GLOBAL | 42.20 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b280.3 b750.3 b770.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s730.302 s750.412 s798.312

3. Codigos Actividades y Participación

d4104.3 d4154.4 d4602.3

La salud es de todos

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| MAIRY PAOLA SOLANO BRITO | Fonoaudiología | CC-1120742988 |
| JORGE LUIS PEREZ MOLINA | Medicina | CC-17953649 |
| MARILIS MARIA AMAYA BLANCHAR | Terapia ocupacional | CC-56054906 |

### g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *JESUALDO ROYERO MOLINA* manifiesto que: *SI*

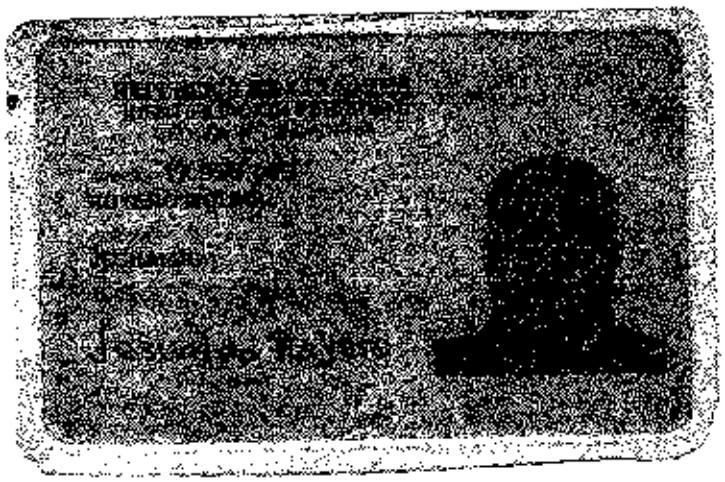
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

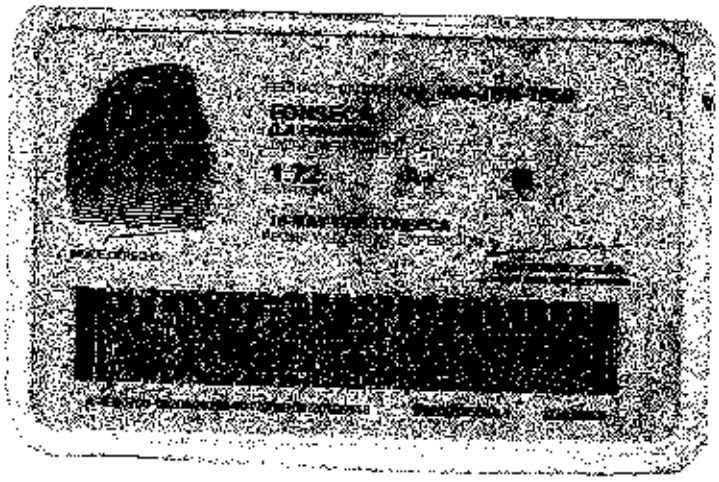
Jesualdo Royero
Nombre y Firma

17956109
Documento: CC-17956109

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*





FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Andrés enrique Becerra

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I C.C ✓

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.122.403.051

**SEXO:** F M ✓

**FECHA DE NACIMIENTO:** 20-07-2008 **EDAD:** 18 años

**DIRECCION:** M16 casa 10 **BARRIO:** Villahermosa

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO ✓ ACUEDUCTO ✓ LUZ ✓

ALCANTARILLADO ✓ GAS ✓

**TELEFONO:**

**EPS:** Cajacopi **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE ✓

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Retraso Mental

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI ✓ NO

**PARENTESCO:** mama

**NIVEL EDUCATIVO:** Primaria

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO ✓

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI NO ✓

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:**

**QUE INSUMOS NECESITA:**

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| ANDRES | ENRIQUE | BECERRA | |

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: 1122403051

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

Areté- Centro de Audiodiagnostico y Rehabilitación Fonoaudiológica SAS

2.2 Fecha

| Año | Mes | Día |
|---|---|---|
| 2021 | 12 | 24 |

2.3 Departamento

LA GUAJIRA

2.4 Municipio

FONSECA

## c. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | | NO | X |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | | NO | X |
| Intelectual | SI | | NO | X |
| Psicosocial (Mental) | SI | X | NO | |
| Sordoceguera | SI | | NO | X |
| Múltiple | SI | | NO | X |

## d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 83.33 |
| Movilidad | 50.00 |
| Cuidado Personal | 75.00 |
| Relaciones | 75.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 85.00 |
| Participación | 75.00 |
| GLOBAL | 73.89 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b152.3 b189.3

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d161.3 d175.4

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRADURÍA

# CONTRASEÑA



PRIMERA VEZ CC
1.122.403.951



APELLIDOS
BECERRA
NOMBRES
ANDRES ENRIQUE

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
28-JUN-2004
SAN JUAN DEL CESAR - LA GUAJIRA

FECHA DE EXPEDICIÓN
11-AGO-2022

SEXO
MASCULINO

LUGAR DE EXPEDICIÓN
FONSECA - FONSECA

AUTORIDAD EMISORA
FONSECA - FONSECA

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 11-FEB-2023

8505384082
11-AGO-2022

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Jhonatan Pinedo Argote

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.120.740.904

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 20/11/1987 **EDAD:** 35 años

**DIRECCION:** Cll 33# 12-60 **BARRIO:** Villa Hermosa

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA (FAMILIAR) ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) (ACUEDUCTO) (LUZ) (ALCANTARILLADO) (GAS)

**TELEFONO:**

**EPS:** N.E.P.S **REGIMEN:** Subsidiada

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE Miopatia Congenita

**TIPO DE DISCAPACIDAD:**

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Congenita

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Cafe internet.

**QUE INSUMOS NECESITA:** Computadores, impresora.

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.120.740.904

PINEDO ARGOTE
APELLIDOS

JHONATAN
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-JUL-1987
FONSECA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78 ESTATURA | A- G.S. RH | M SEXO

12-ABR-2006 FONSECA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR(A) NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-4800700-68149533-M-1120740904-20060614 0179706165A 02 204524600

3043319190

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 |
|---|---|---|---|
| JHONATAN | | PINEDO | ARGOTE |

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 1120740904

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

Areté- Centro de Audiodiagnóstico y Rehabilitación Fonoaudiológica SAS

2.2 Fecha

| Año | Mes | Día |
|---|---|---|
| 2021 | 12 | 26 |

2.3 Departamento: LA GUAJIRA

2.4 Municipio: FONSECA

## 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 | 0.00 |
| Movilidad | 85.00 |
| Cuidado Personal | 6.25 |
| Relaciones | 5.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 58.33 |
| Participación | 78.13 |
| GLOBAL | 38.78 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b280.3 b730.4 b735.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s750.363 s770.200 s798.200

3. Codigos Actividades y Participación

d4104.4 d4154.3 d4501.4

La salud es de todos | Minsalud

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| MAIRY PAOLA SOLANO BRITO | Fonoaudiología | CC-1120742988 |
| JORGE LUIS PEREZ MOLINA | Medicina | CC-17953649 |
| MARILIS MARIA AMAYA BLANCHAR | Terapia ocupacional | CC-56054906 |

### g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *JHONATAN PINEDO ARGOTE* manifiesto que: *SI*

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

Jhonatan Pinedo A. — Nombre y Firma

1.120.740.904 — Documento: CC-1120740904

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*

## CERTIFICO QUE EL PACIENTE:

JHONATAN PINEDO ARGOTE, Identificado con C.C. 1120740904, paciente que presenta Miopatía Congénita demostrada por Electromiografía y biopsia muscular. Presenta discapacidad motora del 70%; se agota rápidamente su fuerza por su enfermedad de base.

Se expide la presente a los dieciocho (18) días del mes de diciembre de 2013

María Fanny Ovalle de Petit
NEUROLOGA CLINICA
R.M. 441596

MARIA FANNY OVALLE DE PETIT
Neuróloga
R. M. 4415-96

Hospital San Rafael Nivel II
CESAR GUERRA
Coordinadora

FIRMA

Sisbén

Verificación - Calidad del Registro - Desmejoramiento en variable tipo de ocupación del hogar en la vivienda.

**Fecha de consulta:** 12/08/2022

**Ficha:** 44279009521000000488

**Pobreza extrema**

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** JHONATAN

**Apellidos:** PINEDO ARGOTE

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 1120740904

**Municipio:** Fonseca

**Departamento:** La Guajira

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** 07/09/2019

**Última actualización ciudadano:** 25/02/2022

**Última actualización vía registros administrativos:**

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

# Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** JOSE LUIS GARCIA AMAYA

**Dirección:** Calle 12 No 18 - 05

**Teléfono:** 7755813 - 3178739095

**Correo Electrónico:** sisben.desarrollo@fonseca-guajira.gov.co

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** **DEPARTAMENTO:**

**NOMBRES COMPLETOS:** Luis Jose Padilla Navarro

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 12.599.300

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 18/III/1969 **EDAD:** 53 años

**DIRECCION:** Mza 15 77-12-60 **BARRIO:** Villa Hermosa

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) ACUEDUCTO (LUZ)

(ALCANTARILLADO) (GAS)

**TELEFONO:** 3013218992

**EPS:** Dusakawi **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE Poliomielitis

**TIPO DE DISCAPACIDAD:**

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:** Primaria

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI (NO)

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:**

**QUE INSUMOS NECESITA:**

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

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 |
|---|---|---|---|
| LUIS | JOSE | PADILLA | NAVARRO |

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 12599300

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha | | |
|---|---|---|---|
| | Año | Mes | Día |
| Areté- Centro de Audiodiagnóstico y Rehabilitación Fonoaudiológica SAS | 2021 | 12 | 23 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | FONSECA |

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | X | NO | |
| Visual | SI | X | NO | |
| Auditiva | SI | | NO | X |
| Intelectual | SI | | NO | X |
| Psicosocial (Mental) | SI | | NO | X |
| Sordoceguera | SI | | NO | X |
| Múltiple | SI | X | NO | |

## d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 29.17 |
| Movilidad | 65.00 |
| Cuidado Personal | 31.25 |
| Relaciones | 35.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 45.00 |
| Participación | 56.25 |
| GLOBAL | 43.61 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b210.3 b798.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s740.271 s750.271 s798.278

3. Codigos Actividades y Participación

d4501.3 d4602.3 d7702.2

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 12.599.300
PADILLA NAVARRO
APELLIDOS
LUIS JOSE
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-MAR-1969
PLATO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.69 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
08-NOV-1991 PLATO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-4600700-00230462-M-0012598300-20100818 0023463A01A 1 3080372

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:**

**NOMBRES COMPLETOS:** Norosti Alain Parodi Nuñez

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (CC)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.120.741.873

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 18 VII 1987 **EDAD:** 35

**DIRECCION:** Mza 6 #13-29 **BARRIO:** Villa Hermosa

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) (ACUEDUCTO) (LUZ) (ALCANTARILLADO) (GAS)

**TELEFONO:** 3103565866

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:**

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE Sordera

**TIPO DE DISCAPACIDAD:**

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI (NO)

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

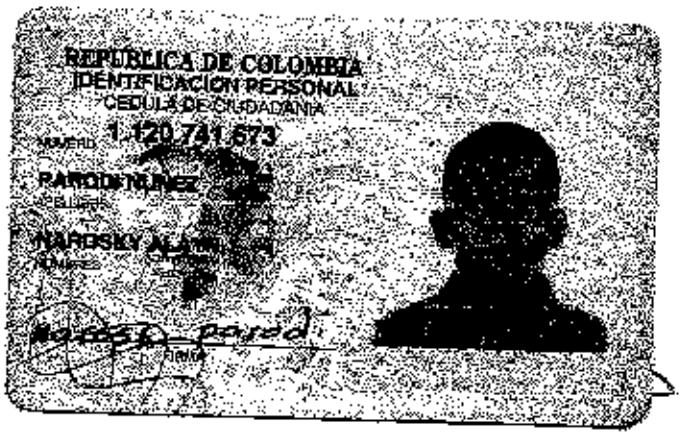
**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

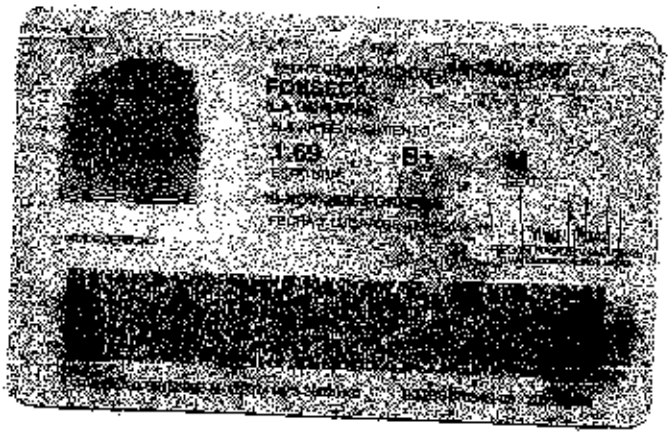
**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Venta Agua, bolis, Helados Dukes

**QUE INSUMOS NECESITA:**

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*




Naroski-parodi

Mz. 6 #. 13. 29. - Villa - Hermosa

T 3103565866

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 |
|---|---|---|---|
| NAROSKY | ALAYN | PARODI | NUÑEZ |

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 1120741673

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

centro de habilitacion y rehabilitacion pedagogica PURPURA S.A.S

2.2 Fecha

| Año | Mes | Día |
|---|---|---|
| 2021 | 8 | 24 |

2.3 Departamento

LA GUAJIRA

2.4 Municipio

FONSECA

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | | NO | X |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | X | NO | |
| 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 | 0.00 |
| Movilidad | 0.00 |
| Cuidado Personal | 0.00 |
| Relaciones | 30.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 13.89 |
| Participación | 31.25 |
| GLOBAL | 12.52 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b310.4 b330.4 b340.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.380 s260.483 s398.380

3. Codigos Actividades y Participación

d730.3 d7500.2 d910.1

La salud es de todos

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| ALBENIS JOSE ORTIZ ARIÑO | Fonoaudiologia | CC-1120[illegible] |
| WESLY PLATA SIERRA | Medicina | CC-1121329589 Wesly Plata S. |
| YOBANA PATRICIA HERNANDEZ CARRILLO | Terapia ocupacional | CC-26983872 Yobana Patricia H |

### g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *NAROSKY ALAYN PARODI NUÑEZ* manifiesto que: *SI*

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

NAROSKI-ALAIN -parodi

Nombre y Firma

cc 1120 741 673

Documento: CC-1120741673

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

*SI*

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.9489

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** ~~Fonseca~~ **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Vielka Elena Rojero Gamez

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 26.996.367

**SEXO:** (F) M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 19 Nov 1991 **EDAD:** 40

**DIRECCION:** Cll 4 ~~7~~ 21-33 **BARRIO:** San Agustin

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR (ARRENDADA)

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) (ACUEDUCTO) (LUZ)

ALCANTARILLADO (GAS)

**TELEFONO:** 3108944860

**EPS:** Sanitas **REGIMEN:** Subsidiada

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE Auditiva.

**TIPO DE DISCAPACIDAD:**

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Costurera, Tejedora, Venta de Hielo.

**QUE INSUMOS NECESITA:** Hilos, telas, Agua.

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

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 |
|---|---|---|---|
| VIELKA | ELENA | ROYERO | GAMEZ |

### 1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 26996367

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha | | |
|---|---|---|---|
| | Año | Mes | Día |
| Areté- Centro de Audiodiagnóstico y Rehabilitación Fonoaudiológica SAS | 2022 | 4 | 23 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | FONSECA |

## c. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | | NO | X |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | X | NO | |
| 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 | 41.67 |
| Movilidad | 15.00 |
| Cuidado Personal | 0.00 |
| Relaciones | 30.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 25.00 |
| Participación | 68.75 |
| GLOBAL | 30.07 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b310.3 b320.3 b330.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s240.403 s250.403 s260.403

3. Codigos Actividades y Participación

d310.3 d350.3 d4154.1

La salud es de todos | Minsalud

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| MAIRY PAOLA SOLANO BRITO | Fonoaudiología | CC-1120742988 |
| JORGE LUIS PEREZ MOLINA | Medicina | CC-17953649 |
| MARILIS MARIA AMAYA BLANCHAR | Terapia ocupacional | CC-56054906 |

## g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *VIELKA ELENA ROYERO GAMEZ* manifiesto que: *SI*

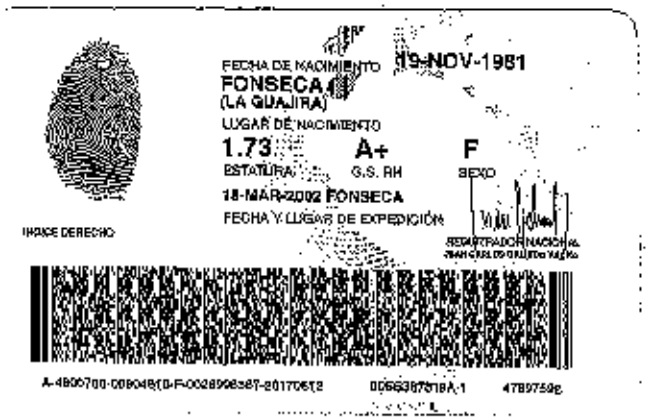
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Vielka Royero Gamez — 26996367

Nombre y Firma — Documento: CC-26996367

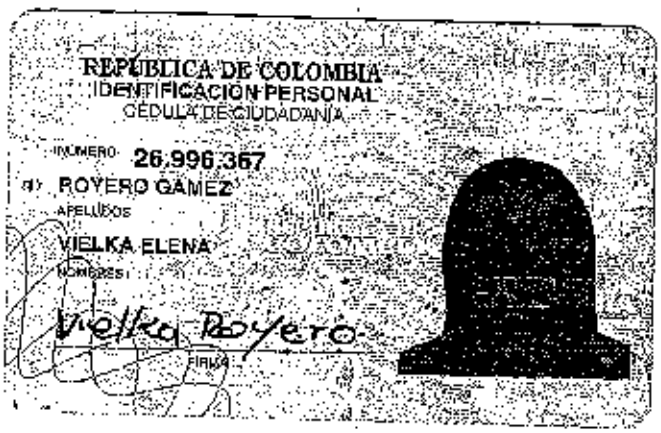
Autorizó el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la normatividad que lo regula. *SI*

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez.*



FECHA DE NACIMIENTO 19-NOV-1981
FONSECA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
18-MAR-2002 FONSECA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

A-4900700-00904B(0-F-0028906387-20170613 0056387818A-1 4789759



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 26.996.367
ROYERO GAMEZ
APELLIDOS
VIELKA ELENA
NOMBRES
Vielka Royero
FIRMA

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:** 08-

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Rafael Antonio Fernandez Rosado

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I C.C

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 5.158.684

**SEXO:** F M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 17-09-40 **EDAD:** 81

**DIRECCION:** cll 17A# 13-102 **BARRIO:** 15 de diciembre

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO ACUEDUCTO LUZ ALCANTARILLADO GAS

**TELEFONO:** 3146956638

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Auditiva - nervio Sensorial

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** enfermedad

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO

**PARENTESCO:** Esposa

**NIVEL EDUCATIVO:** no

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:**

**QUE INSUMOS NECESITA:**

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

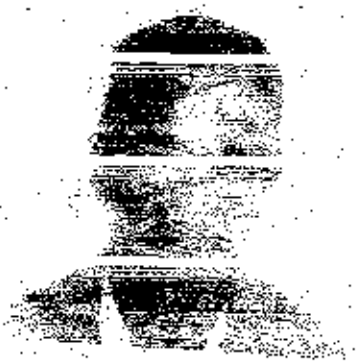
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 5.158.684

FERNANDEZ ROSADO
APELLIDOS

RAFAEL ANTONIO
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-SEP-1940
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.78 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
19-ENE-1970 FONSECA

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-4801000-68158289-M-0005158684-20070606 01821 07157N D2 238037833

# Vida Oír

Tarjeta Profesional Reg. 12192574

# AUDIOMETRIA

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN | TIPO EXAMEN PARACLÍNICO (Marque con una (X)) |
|---|---|
| 06 08 2021 Sanjuan | Clínico |

PRIMER APELLIDO: [illegible] SEGUNDO APELLIDO: [illegible] NOMBRES: [illegible]

| EDAD | SEXO | EMPRESA | CARGO | TELÉFONO |
|---|---|---|---|---|
| 80 | F ( ) M (X) | | | 3206290508 |

| Tipo | Número | Femenino | Masculino | Día | Mes | Año | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C | 5158684 | | X | 17 | 09 | 1940 | 80 | Campesino |

## ANTECEDENTES AUDITIVOS PERSONALES Y LABORALES

(Marque con una (X) en la casilla correspondiente SI/NO según sea el caso)

| | SI | NO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| Otitis | | X | |
| Trauma | | X | |
| Cirugía | X | | |
| Otosclerosis | | X | |
| Uso de audífono | X | | |
| Antifúngicos | X | | |
| Otros | | X | |

## ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICIÓN AL RUIDO

(Marque con una (X) en la casilla correspondiente SI/NO según sea el caso)

| | SI | NO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| Tiro | | X | |
| Moto | | X | |
| Discoteca | | X | |
| [illegible] | | X | |
| Antifúngicos | | X | |
| Petardos | | X | |
| Otros | | X | |

Otoscopia Auditiva: Normal. Realizó el lavado: SI (X) NO ( ) Usó cabina sonoamortiguada: SI (X) NO ( )

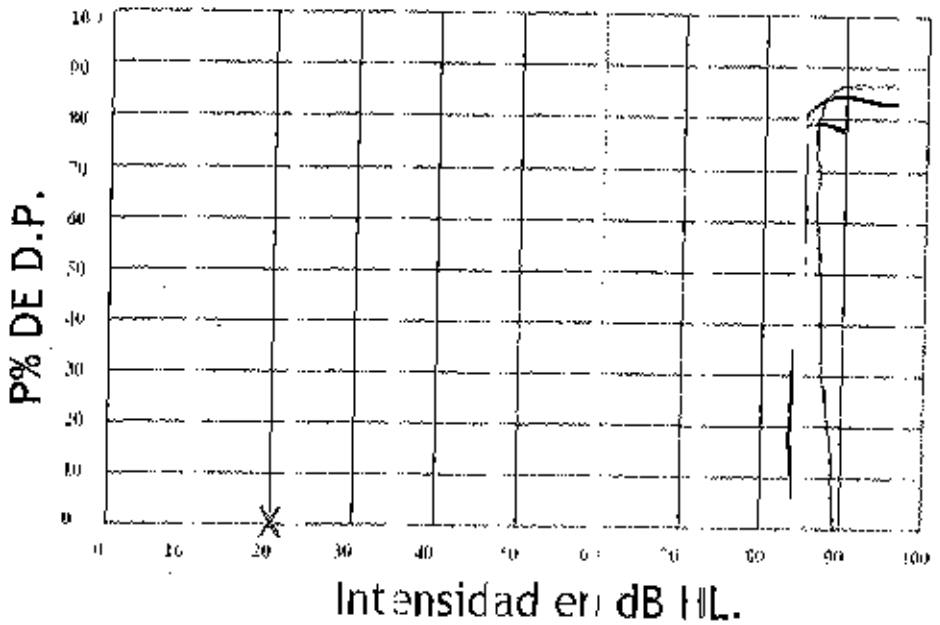
Harp inventis

Día 19 Mes 02 Año 19

## DIAGNÓSTICO AUDIOLÓGICO (Marque con una (X) la(s) casilla(s) correspondiente(s))

| DIAGNÓSTICO | Oído Derecho | Oído Izquierdo | Bilateral |
|---|---|---|---|
| Audición Normal | | | |
| Hipoacusia Neurosensorial Leve | | | |
| Hipoacusia Neurosensorial Moderada | | | |
| Hipoacusia Neurosensorial Moderadamente Severa | | | |
| Hipoacusia Neurosensorial Severa | | | |
| Hipoacusia Neurosensorial Profunda | | | |
| Hipoacusia Conductiva | | | |
| Hipoacusia Mixta | | | X |

CURVA LOGOAUDIOMETRICA




NOMBRE DEL PACIENTE

Fernandez Rosario Rafael

OD: 60%

OI: 60%

OBSERVACIONES

Responde con mala discriminación de las palabras en oido derecho escucha pero no discrimina y en oido izquierdo escucha y discrimina en el frontepie se asocia a hipoacusia coclear a nivel bilateral.

Vilma Diaz B.
Fonoaudiologa
COFOS
REG 13025 M

FONOAUDIOLOGA

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Esneider Saumeth Perez

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.006.714.202

**SEXO:** F M

**FECHA DE NACIMIENTO:** **EDAD:** 28 años

**DIRECCION:** Mz 12 Casa 2 **BARRIO:** Villa Hermosa

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA (FAMILIAR) ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO ACUEDUCTO LUZ ALCANTARILLADO GAS.

**TELEFONO:** 3017186442

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** Subsidiada

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE Visual Perdida del 2D derecho

**TIPO DE DISCAPACIDAD:**

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Albañileria o Carpintero.

**QUE INSUMOS NECESITA:** Madera, Clavos, Tejantes

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.006.714.202

PEREZ SAUMETH

APELLIDOS

ESNEIDER ENRIQUE

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 20-MAR-1994

FONSECA
(LA GUAJIRA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.78 A+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

19-OCT-2012 FONSECA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JOSE CARLOS GUERRERO VACHA



P-4800700-01017469-M-1006714202-20180926 0051719800A 1 9904735869

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Comfaguajira

## AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

ORIGINAL

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN:** 2018040539 **Fecha:** 26/02/2018 **Hora:** 09:40

**ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE LA GUAJIRA** **CÓDIGO:** CCF023

**Nombre prestador: FUNDACION OFTALMOLOGICA DEL CARIBE-FUNDACION OFTALMOLOGICA DEL CARIBE-SEDE RIOACHA** NIT/CC: 800112725

**Código:** 0800100960 **Dirección prestador:** CL 7 NO 5 - 25 **Teléfono:** 3188269371

**Departamento:** LA GUAJIRA 44 **Municipio:** RIOHACHA 001

### DATOS DEL PACIENTE

**Nombre Afiliado:** PEREZ SAUMETH ESNEIDER ENRIQUE

Tipo de Identificación: CC Número de Documento: 1006714202 Fecha de Nacimiento: 18/03/1994 Edad: 24 Años

Nivel Sisben: 1 Teléfono: Celular:

Dirección de Residencia Habitual: CL 9 N 1 A 40 Departamento: LA GUAJIRA 44 Municipio: FONSECA 279

### SERVICIOS AUTORIZADOS

TipoOrden: NORMAL Nro Solicitud Origen: 001 Diagnostico: H160 Especialidad: ENFERMEDADES DEL OJO Y SUA ANEXOS

| Servicio | | | |
|---|---|---|---|
| RESECCION DE LESION O TUMOR BENIGNO DE CONJUNTIVA | 108101 | 1 | 26/02/2018: SE AUTORIZA EL USO DE MEMBRANA AMNIOTICA |
| QUERATOPLASTIA PENETRANTE SOD | 116200 | 1 | 26/02/2018: SE AUTORIZA EL USO DE MEMBRANA AMNIOTICA |

### PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago 100%

Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 530

Recaudo del prestador: Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál

**Valor en pesos** **Porcentaje (%)** ***Valor máximo (Tope) en pesos***

**Centro de Costo** CIRUGIA HOSPITALARIA SEGUNDO Y TERCER NIVEL **Regimen:** SUBSIDIADO

### INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

**Nombre :** ANGELO LUGO HENRIQUEZ **Teléfono:** 7270204 **Teléfono Celular:**

**Caducidad de la Autorización:** 60 días **Fecha:** 27/04/2018

*Pago Sujeto a Auditoría de Cuenta Medica*

| FUNDACION VIDA CON AMOR I.P.S | HISTORIA CLINICA<br>EVOLUCION MEDICA<br>CONSULTA EXTERNA | |
|---|---|---|

**Fecha:** 26/02/2018

**DATOS PERSONALES**

**Historia Clinica:** 1006714202 **Nombre Pacente:** ESNEIDER PEREZ SAUMETH

**Fecha de Nacimiento:** 18/03/1994 **Edad:** 22 años **Sexo:** Masculino **Telefono:** 3206682012

**Direccion:** MANZANA 12 CASA 33 **Ciudad:** FONSECA

**EPS:** COMFAGUAJIRA

**Ocupacion:** CARPINTERO

**Acompañante:** N/A **Parentesco:** N/A

**EVOLUCION MEDICA**

**Diagnosticos**

H187 OTRAS DEFORMIDADES DE LA CORNEA

H198* OTROS TRASTORNOS DE LA ESCLEROTICA Y DE LA CORNEA EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS

**Subjetivos**

" ESTOY EN ESPERA DE LA CIRUGIA"

**Signos Vitales**

**T.A.** 120/70 **F.C.** 78x **F.R.** 18x **Pulso:** 78x **Talla:** 1.72cm **Peso:** 76kg **I.M.C.** 25.7

**Examen Fisico**

ORIENTADO, HIDRATADO, AFEBRIL, VALORACION CEFALO- CAUDAL: PERDIDA DE LA ARQITECTURA Y EL SEGMENTO ANT OCULAR.

**Evolucion de la Enfermedad**

MASCULINO DE 23 AÑOS SUFRE LESION ACCIDENTAL DONDE SE INTRODUCE CUERPO EXTRAÑO EN OJO IZQUIERDO, OCASIONANDOLE DEFORMIDAD Y PERDIDA DE LA VISION POR DICHO OJO. ESTA EN PROCESO DE CIRUGIA PARA RECONSTRUCCION DEL TEJIDO CORNEAL.

**Plan o Tratamiento**

| Prescripción | Cantidad | Duracion (Dias) |
|---|---|---|

PTE CON DAÑO CORNEAL SEVERO Y PERDIDA DE LA VISION EN OJO IZQUIERDO. ESTA IMPEDIDO DE LAS FUNCIONES LABORALES PARA REALIZACION DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA. LA CUAL NECESITA REPOSO ABSOLUTO POSTQUIRURGICO PARA POSIBLE RECUPERACION SATISFACTORIA DE LA MISMA.

Dra. Clara Inés López B.
MEDICO GENERAL

**CLARA INES LOPEZ BENJUMEA**

0

**Firma y Sello del Responsable:**

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:** 09/08/2022

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Lucidia Maria Añez Fernandez

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I C.C X

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 56 057.758

**SEXO:** F X M X.

**FECHA DE NACIMIENTO:** 24-Abril-1978 **EDAD:** 42

**DIRECCION:** Urb Monza 4-Casa 6 #13-~~78~~ 33 **BARRIO:** Villa Hermosa

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 01.

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR X ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO X ACUEDUCTO LUZ X.

ALCANTARILLADO X GAS. X

**TELEFONO:** 3217040429.

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** Subsidiado.

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA X. INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Hemoplejia Lateral izquierda

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Aneurisma Cerebral

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO X.

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:** Bachiller

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO X

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI X. NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Belleza Estetica hace uñas

**QUE INSUMOS NECESITA:** Pinta uñas, Quita Esmalte, limas, lampara uñas Semipermanente arreglo de uñas.

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI X. NO

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 56.057.758
AÑEZ FERNANDEZ
APELLIDOS
LUCIDIA MARIA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-ABR-1978
FONSECA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
04-FEB-1998 FONSECA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-4800700-00125529-F-0056057758-20091110 0017886100A 1 30575128

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| LUCIDIA | MARIA | AÑEZ | FERNANDEZ |

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 56057758

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

Areté- Centro de Audiodiagnóstico y Rehabilitación Fonoaudiológica SAS

2.2 Fecha

| Año | Mes | Día |
|---|---|---|
| 2021 | 12 | 26 |

2.3 Departamento

LA GUAJIRA

2.4 Municipio

FONSECA

## 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 | 54.17 |
| Movilidad | 80.00 |
| Cuidado Personal | 62.50 |
| Relaciones | 50.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 72.22 |
| Participación | 59.38 |
| GLOBAL | 63.04 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b761.3 b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s730.382 s750.372

3. Codigos Actividades y Participación

d4154.3 d4501.4 d4602.3

La salud es de todos · Minsalud

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Registro | Firma |
|---|---|---|---|
| OLGA LEONOR MENDOZA MENDOZA | Fisioterapia | CC-1120743369 | |
| NADIR MARIA RAMIREZ GRANADILLO | Psicología | CC-1121041880 | |
| JORGE LUIS PEREZ MOLINA | Medicina | CC-17953649 | |

### g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *LUCIDIA MARIA AÑEZ FERNANDEZ* manifiesto que: *SI*

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

*Lucidia Mª Añez Fernandez* *56.057758*

Nombre y Firma

Documento: CC-56057758

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

*SI*

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** fonseca **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Jhon Jairo fernandez Altahona

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C TJ (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.124.011.161

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 02/12/1986 **EDAD:** 35

**DIRECCION:** Calle 17A #13-102 **BARRIO:** 15 de Diciembre

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO ✓ ACUEDUCTO ✓ LUZ ✓

ALCANTARILLADO ✓ GAS. ✓

**TELEFONO:** 3146956638

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA ✓ INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE ✓

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Auditiva

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Nacimiento

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Esposa

**NIVEL EDUCATIVO:** Bachiller

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI (NO)

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI (NO)

**CUAL ES LA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:**

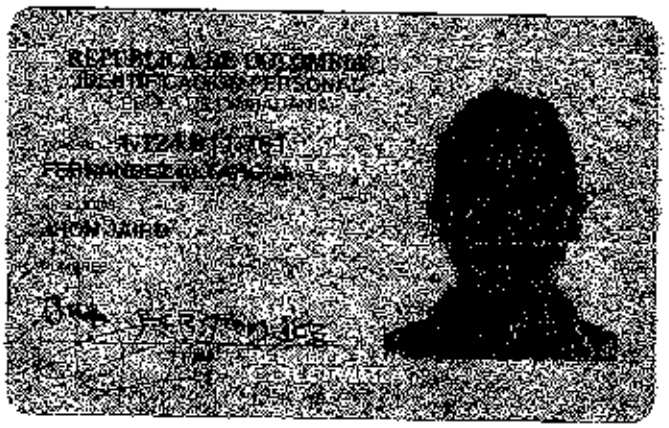
**QUE INSUMOS NECESITA:**

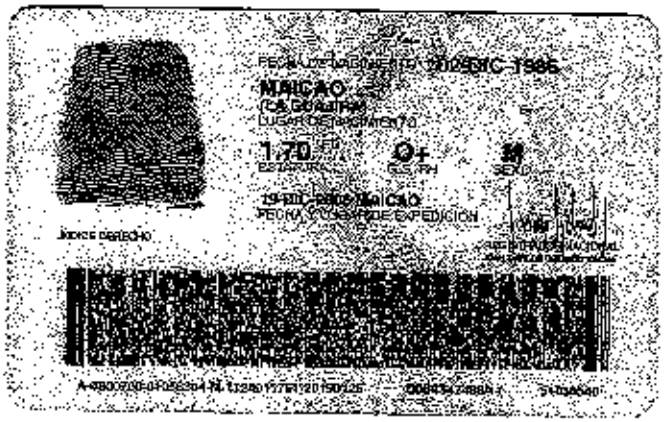
**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

314 695 66 38

Cll 17A #13-102

Barrio: 15 de diciembr





FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.9489

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:** 09/08/2022

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Juan García Torres

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I C.C X

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 8881404

**SEXO:** F M X

**FECHA DE NACIMIENTO:** 19-Jun-1997 **EDAD:** 24

**DIRECCION:** S.N. **BARRIO:** Los Togueros.

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA X FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO ACUEDUCTO X LUZ X

ALCANTARILLADO GAS

**TELEFONO:** 3126415985

**EPS:** Dusacontt **REGIMEN:** Subsidiado.

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA X. INTELECTUAL SENSORIAL X. MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Visual

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Hereditario.

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI X. NO

**PARENTESCO:** Hija.

**NIVEL EDUCATIVO:** Primaria

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI X NO

**CUAL UTILIZA:** Gafas-de sol - baston

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI X. NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Gallinas Ponedoras

**QUE INSUMOS NECESITA:** Alimentos - Angeo - Polisombra - Vacunas.

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI X. NO

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

# ARSAS IPS.S.A.S.

NIT: 824.003.324-4

| CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD | | |
|---|---|---|
| | FECHA DE ELABORACION: 31/08/2018 | FECHA DE APROBACION: 01/09/2018 |
| | | VERSION 001 |

| DATOS GENERALES | | |
|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETOS: JUAN GARCIA TORRES | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 3.881.404 | | |
| FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA): 19/06/1947 | | EDAD: 71 AÑOS |
| GENERO: MASCULINO | ESTADO CIVIL: CASADO | ESCOLARIDAD: NO ESCOLRIZADO |
| NUMERO DE HISTORIA CLINICA: 3.881.404 | | EPS: DUSAKAWI |

RESUMEN DE HISTORIA CLINCA: Persona masculina de 71 años de edad con diagnóstico de cataratas senil nuclear en ambos ojos de 5 años de evolución. Actualmente se encuentra en valoración con oftalmología quien refiere en historia clínica que no hay posibilidades de recuperación visual y por lo tanto no recomienda cirugía de catarata del ojo izquierdo. Persona con franca limitación, deficiencia y restricción de tipo visual para realizar actividades de traslado y deambulación por sí solo, requiere de cuidador para realizar dichas actividades.

DIAGNOSTICO CIE-10: H251: CATARATA SENIL NUCLEAR/ H542: VISION SUBNORMAL DE AMBOS OJOS

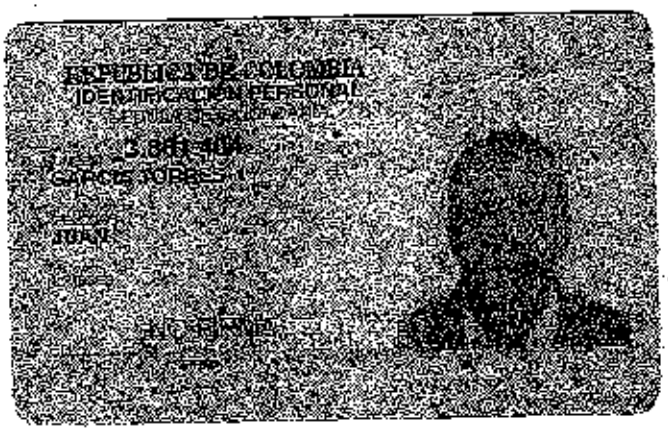
| TIPO DE DISCPACIDAD: | MENTAL: | FISICA: | COGNITIVA: |
|---|---|---|---|
| | AUDITIVA: | VISUAL: X | MULTIPLE: |

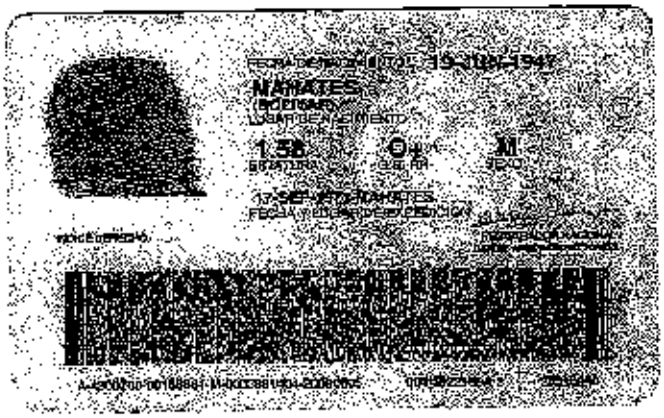
LIMITACION:

PROFESIONALES RESPONSABLES:

| | |
|---|---|
| Juan Camilo Lara Lopez<br>MEDICO ESPECIALISTA<br>SALUD OCUPACIONAL<br>RM. 4152-08 - C.C. 15'173.387<br>FIRMA Y REGISTRO MEDICO | FIRMA Y TARJETA PROFESIONAL |
| FIRMA Y TARJETA PROFESIONAL: | FIRMA Y TARJETA PROFESIONAL: |

FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO: 27/09/2019


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
JUAN


19-JUN-1941
NAMATES
1.58
O+
M

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:** 09/08/2022

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Jarol Andres Molina Robles.

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I X. CC

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1120741022

**SEXO:** F M X.

**FECHA DE NACIMIENTO:** 25/Abril/2006. **EDAD:** 16

**DIRECCION:** Calle 26-Carrera 12-05. **BARRIO:** Cristo Rey.

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 01

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA FAMILIAR X. ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO X. ACUEDUCTO X LUZ X

ALCANTARILLADO X GAS. Y

**TELEFONO:** 3045885123

**EPS:** Caja Capi **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA X. INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Antecedente IMOC - hemiparesia espástica izquierda

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Renal Enfermedad.

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO X.

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:** 9°

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI X. NO

**CUAL UTILIZA:** Terapia de Rehabilitación

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI X, NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Avicultura "Galpon de pollos"

**QUE INSUMOS NECESITA:** Alimentación, Vacunas y Pollos de engorde.

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI X. NO

La salud es de todos | Minsalud

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| JAROL | ANDRES | MOLINA | ROBLES |

1.6 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 1120741022

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

Arelé- Centro de Audiodiagnóstico y Rehabilitación Fonoaudiológica SAS

2.2 Fecha

| Año | Mes | Día |
|---|---|---|
| 2021 | 12 | 23 |

2.3 Departamento

LA GUAJIRA

2.4 Municipio

FONSECA

## 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 | 45.83 |
| Movilidad | 70.00 |
| Cuidado Personal | 25.00 |
| Relaciones | 30.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 55.00 |
| Participación | 64.29 |
| GLOBAL | 48.35 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b761.3 b770.3 b780.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s750.372 s770.372 s810.372

3. Codigos Actividades y Participación

d4154.3 d4501.4 d640.3

# DR. RUBEN SABOGAL BARRIOS

VALORACION POR MEDICINA ESPECIALIZADA
PROCEDIMIENTO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE:** JAROL MOLINA ROBLES | | **No. HC:** 1120741022 | **EDAD:** 10 ANOS |
| DIAGNOSTICO | SECUELAS DE PARALISIS CEREBRAL INFANTIL | | |
| FECHA | 23 DE ABRIL DE 2016 | | |

**HISTORIA CLINICA:** Paciente que ingresa en compañía de la madre, con antecedentes de IMOC con compromiso motor de hemiparesia espástica izquierda residual, afectaciones en su marcha y agarres manuales con el miembro izquierdo, presenta hemangioma facial izquierdo, verificado por estudio imagenológicos que confirman la presencia de una lesión compatible con hemangioma en hemicara izquierda. Se encuentra escolarizado con regular rendimiento académico. Es independiente en los ABC y AVD. Madre reporto que tiene buena conducta en casa, ha mejorado académicamente y es un niño responsable.

**ANTECEDENTES PRENATALES:** Producto del primer embarazo, controles prenatales positivos, parto vaginal a término, no requirió hospitalización.

**Desarrollo Motor:** Gateo no reporta. Control de tronco en sedente: 6 meses. Marcha: 12 meses.

**Desarrollo del lenguaje:** Dificultad en su lenguaje desde los primeros meses de vida a nivel comprensivo y expresivo.

**EXAMEN CLINICO:** Se encuentran signos vitales estables, alerta. Sistema cardiopulmonar y digestivo normal, reflejos osteomusculares presentes, mucosas rosáceas y húmedas.

**SE RECOMIENDA TRATAMIENTO DE PLAN DE REHABILITACION INTEGRAL POR 3 MESES:**
FISIOTERAPIA BASADA EN NEURODESARROLLO, PSICOLOGIA, PSICOMOTRICIDAD, NEUROPEDAGOGIA, MUSICOTERAPIA, INTEGRACIÓN SENSORIAL.

**CITA DE CONTROL:** 3 MESES.

ANO

La salud es de todos

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

| | | | |
|---|---|---|---|
| OLGA LEONOR MENDOZA MENDOZA | Fisioterapia | CC-1120743369 | |
| NADIR MARIA RAMIREZ GRANADILLO | Psicologia | CC-1121041860 | |
| JORGE LUIS PEREZ MOLINA | Medicina | CC-17953649 | |

Yo, *JAROL ANDRES MOLINA ROBLES* manifiesto que: *SI*

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

YULIBETH ROBLES M.

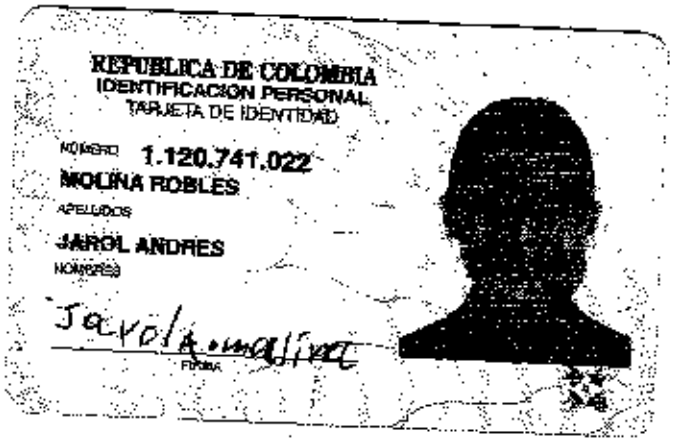
Nombre y Firma

Documento: TI-1120741022

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.*

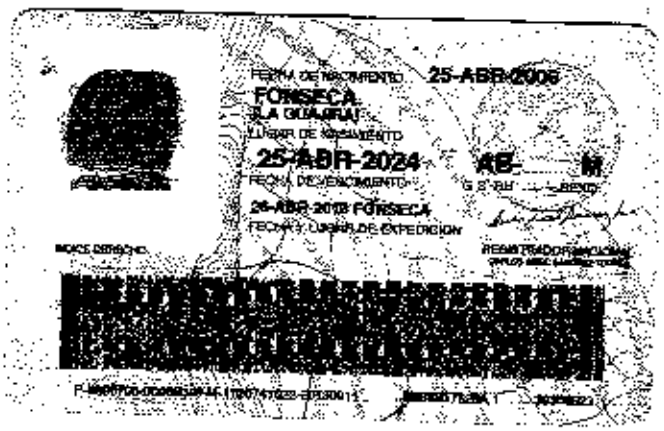
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez.*



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.120.741.022
MOLINA ROBLES
APELLIDOS
JAROL ANDRES
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-ABR-2006
FONSECA
LA GUAJIRA
LUGAR DE NACIMIENTO
25-ABR-2024 A+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
25-ABR-2018 FONSECA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES, EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:** 09/08/2022

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Yeilin de Jesus Cotto Medina

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I CC X.

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1120749972

**SEXO:** F MX

**FECHA DE NACIMIENTO:** 14/10/1992 **EDAD:** 30 años

**DIRECCION:** Manza 7 Casa 17 **BARRIO:** Villa hermosa

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA X FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO X ACUEDUCTO LUZ X

ALCANTARILLADO X GAS X

**TELEFONO:** 3042217067.

**EPS:** Confaguajira **REGIMEN:** Subsidiado.

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE X

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Retraso en el desarrollo del lenguaje.

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Congenita.

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO X.

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO X

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI NO X.

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:**

**QUE INSUMOS NECESITA:**

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel: 3008895271*
*Cra 18 No: 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

La salud es de todos — Minsalud

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## 1. DATOS DE LA PERSONA CERTIFICADA

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| YEILIN | DE JESUS | CASTRO | MEDINA |

1.5 Documento de identidad tipo:

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

Número de documento de identidad: 1120749972

## 2. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realizó la certificación | 2.2 Fecha Año | Mes | Día |
|---|---|---|---|
| Areté- Centro de Audiodiagnóstico y Rehabilitación Fonoaudiológica SAS | 2021 | 12 | 28 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | FONSECA |

## 3. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | | NO | X |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | | NO | X |
| Intelectual | SI | X | NO | |
| Psicosocial (Mental) | SI | X | NO | |
| Sordoceguera | SI | | NO | X |
| Múltiple | SI | X | NO | |

## 4. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 100.00 |
| Movilidad | 25.00 |
| Cuidado Personal | 75.00 |
| Relaciones | 70.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 85.00 |
| Participación | 75.00 |
| GLOBAL | 71,67 |

## 5. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b110.4 b114.4 b117.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s398.470 s399.470

3. Codigos Actividades y Participación

d155.4 d161.4 d175.4

La salud es de todos | Minsalud

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## 4. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Documento |
|---|---|---|
| MAIRY PAOLA SOLANO BRITO | Fonoaudiología | CC-1120742988 |
| JORGE LUIS PEREZ MOLINA | Medicina | CC-17953649 |
| MARILIS MARIA AMAYA BLANCHAR | Terapia ocupacional | CC-56054906 |

## 5. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *YEILIN DE JESUS CASTRO MEDINA* manifiesto que: *SI*

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

Nombre y Firma

Documento: CC-1120749972

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.*
*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez*



Identificador: 72436

Generado en: 2021-12-28 05:22:37 PM

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.120.749.972**
**CASTRO MEDINA**

APELLIDOS
**YEILIN DE JESUS**

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **14-OCT-1992**
**FONSECA**
**(LA GUAJIRA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.45** ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

**08-JUL-2013 FONSECA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-4600700-00476933-M-1120749972-20130927 0035126087A 1 39364052

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.9489

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÈS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Dalia Rosa Morales De Martinez

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 38.595.084

**SEXO:** (F) M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 09/03/1953 **EDAD:** 69 AÑOS

**DIRECCION:** Calle 24 #14-31 **BARRIO:** Nueva esperanza

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO ✓ ACUEDUCTO ✓ LUZ ✓
ALCANTARILLADO ✓ GAS ✓

**TELEFONO:** 312 607 5960

**EPS:** Cajacopi **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Perdida Progresiva de audición

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Nacimiento

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Hija

**NIVEL EDUCATIVO:** Bachiller

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI (NO)

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Ventas Varias.

**QUE INSUMOS NECESITA:** Vitrina, Nevera, sillas, mesas, Harina, bolsas, Dulce carnes, Tazas, cucharas, Servilletas, extensión

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** (SI) NO

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

# FUNDACION FLORECER

NIT: 900778696-1 CODIGO IPS: 442790095101

ALLE 13 No. 20 - 71 BARRIO EL CENTRO 3114172501

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Paciente** | DALIA ROSA MORALES DE MARTINEZ | **Identificacion** | 36575087 |
| **Direccion** | CALLE 26 # 12-16 BARRIO EL PRUDENCIO | **Ciudad** | FONSECA |
| **Telefono** | 3045290435 | **Asegurador** | CAJACOPI EPS \| CAJACOPI (SUBSIDIADO) EVENTO |

## HISTORIA CLÍNICA DE PRIMERA VEZ MED. ESPECIALIZADA

**No.:** 2383723 **Edad del paciente:** 69 años 3 meses y 5 días **Fecha de la nota:** 14/06/2022 3:05:35 p. m.

### Datos Personales

**OCUPACIÓN**
Independiente

**ZONA**
Urbana

### Datos de la Consulta

**MOTIVO DE CONSULTA** NO ESCUCHA

**ENFERMEDAD ACTUAL** PERDIDA PROGRESIVA DE AUDICION EQUIPADA CON AUDIFONOS LOS CUALES ESTAN DESAFECTADOS O DAÑADOS

### Antecedentes Personales

**ASMA**
NIEGA

**HIP. ARTERIAL**
HIPERTENSA E VARIOS AÑOS

**DIABETES**
NIEGA

**HEPATITIS**
NIEGA

**F. REUMATICA**
NIEGA

**TÓXICOS**
NIEGA

**CARDIOPATÍA**
NIEGA

**GASTROPATÍA**
NIEGA

**NEOFROPATÍA**
NIEGA

**TRAUMÁTICOS**
NIEGA

**VENÉREOS**
NIEGA

**QUIRÚRGICOS**
NIEGA

**TRANSFUSIONALES Y ALÉRGICOS**
NIEGA

**OTROS** NIEGA

### Antecedentes Gineco - Obstétricos

**ETS**
Sin datos Clínicos

**OTROS ANTECEDENTES**
Ninguno

**CA DE CÉRVIX**
No

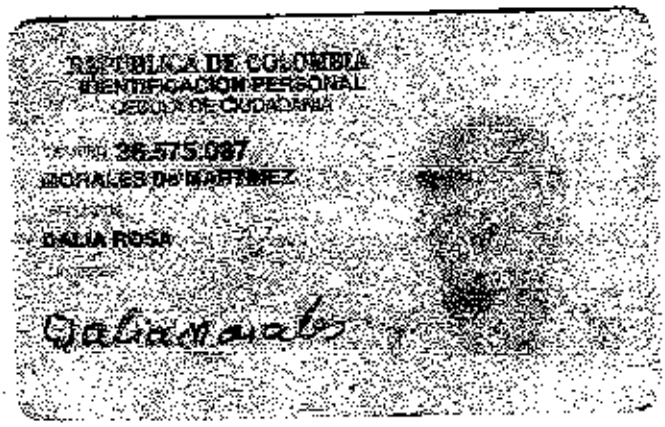
**Tamizaje Cáncer de Cuello Uterino**
Sin dato

**Citología Cervico uterina**
999

**Citología Cérvico Uterina?**
Sin dato

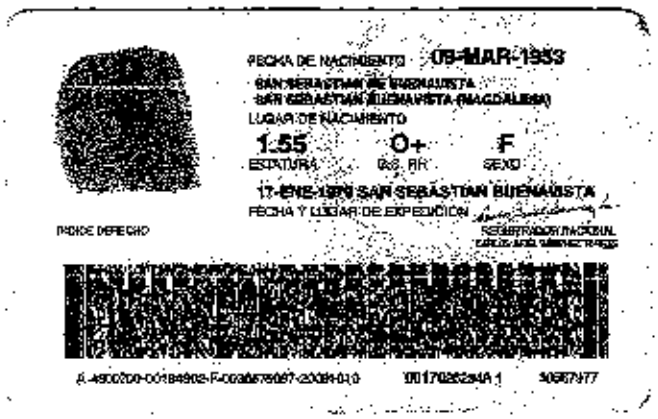
**Citología Cervico uterina** No tiene el dato

**Calidad en la Muestra de Citología** Si no tiene el dato



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 36.575.087
MORALES DE MARTINEZ
DALIA ROSA



REPUBLICA DE COLOMBIA

FECHA DE NACIMIENTO 09-MAR-1953
SAN SEBASTIAN DE BUENAVISTA
SAN SEBASTIAN BUENAVISTA (MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
17-ENE-1975 SAN SEBASTIAN BUENAVISTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-4900200-00184902-F-0036575087-20081010 0017025234A 1 9067977

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Andres Felipe Martinez Herrera

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.006.713.652.

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 21 Nov 2001 **EDAD:** 21 Años

**DIRECCION:** Cll 7 # 18-33 **BARRIO:** San Agustin

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) (ACUEDUCTO) (LUZ) (ALCANTARILLADO) (GAS)

**TELEFONO:** 3177348346

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** Subsidiado.

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE Rodrigo Martel

**TIPO DE DISCAPACIDAD:**

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Madre

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Venta de frutas

**QUE INSUMOS NECESITA:** Aceite, Harina y otros

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

# E.S.E. HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA

**Nit:** 892170002-1
**Cód. Habilitación:** 442790037301
**Dirección:** CALLE 15 No. 21 - 31
**Teléfono:** 7756084

## HISTORIA CLÍNICA

Admisión: AD114393
Fecha de Impresión: 18/02/2016 03:55:48 p.m.
Fecha de Atención: 18/02/2016 03:54:00 p.m.
Paciente: TI 1006713852 - ANDRES FELIPE MARTINEZ HERRERA
Fecha de Nacimiento: 21/11/2001
Edad: 14 año(s), 2 mes(es) y 28 días. Sexo: M
Dirección:
Teléfono: 3017171741
Régimen: 2 - Subsidiado
Médico Tratante: LUIS EDUARDO GARCIA PEÑALOZA
Especialidad: MEDICO RURAL
Entidad: COMFAGUAJIRA

## Interconsulta

| | |
|---|---|
| Servicio: | CONSULTA EXTERNA |
| Aseguradora: | COMFAGUAJIRA / Comfaguajira - Mod. Cáp. 9517 Afil. Cont. TMP-2016 |
| Especialidad: | MEDICO RURAL |
| Especialidad Interconsultada: | PEDIATRIA |
| Diagnóstico: | F709: RETRASO MENTAL LEVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO |

## Resumen de Historia Clínica

PACIENTE DE 14 AÑOS DE EDAD CON CUADRO CLINICO DE RETRASO MENTAL LEVE EN TRATAMIENTO CON NEUROLOGIA AL EXAMEN FISICO NORMOCEFALO PINRAL MOH CUELLO MOVIL SIN ADENOPTATIAS RSCSRS SIN SOPLOS PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMAS SIN DEFICIT MOTOR NI SENCITIVO APARENTE SE DECIDE VALORACION POR PEDIATRIA

LUIS EDUARDO GARCIA PEÑALOZA
MEDICO RURAL
1121332538

# E.S.E. HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA

**Nit:** 892170002-1
**Cod. Habilitación:** 442790037301
**Dirección:** CALLE 15 No. 21 - 31
**Teléfono:** 7756084

## HISTORIA CLÍNICA

Admisión: AD114393
Fecha de Impresión: 18/02/2016 03:54:30 p.m.
Fecha de Atención: 18/02/2016 03:34:22 p.m.
Paciente: TI 1006719652 - ANDRES FELIPE MARTINEZ HERRERA
Fecha de Nacimiento: 21/11/2001
Edad: 14 año(s), 2 mes(es) y 28 días. Sexo: M
Dirección:
Teléfono: 3017171741
Régimen: 2 - Subsidiado
Médico Tratante: LUIS EDUARDO GARCIA PEÑALOZA
Especialidad: MEDICO RURAL
Entidad: COMFAGUAJIRA

## Evolución Clínica General

### SIGNOS VITALES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| F.cardiaca: 80 xMin | Temperatura: 37 °C | F. respiratoria: 80 xMin | | S.M.C: | $m^2$ |
| Talla: 1.61 Mts | Presión: / Mm/g | Indice de masa corporal: 2006 | $Kg/m^2$ | Peso: 52 | Kg |

### PLANES Y DIAGNÓSTICO

Plan:
VALORACION POR PEDIATRIA

**Diagnóstico principal:** F709: RETRASO MENTAL LEVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO

### PROBLEMA Y ANÁLISIS

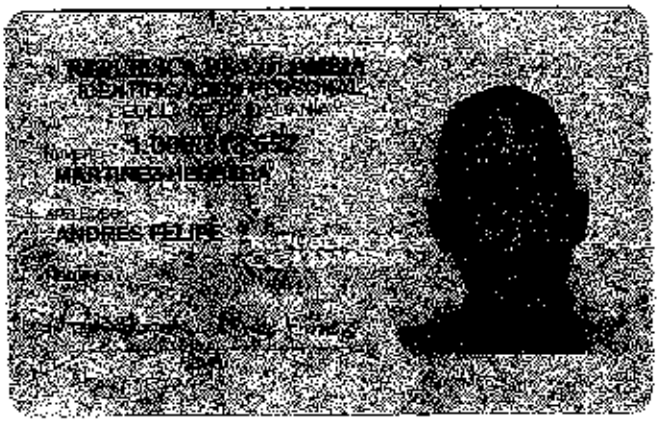
Problema:
CONSULTA EXTERNA

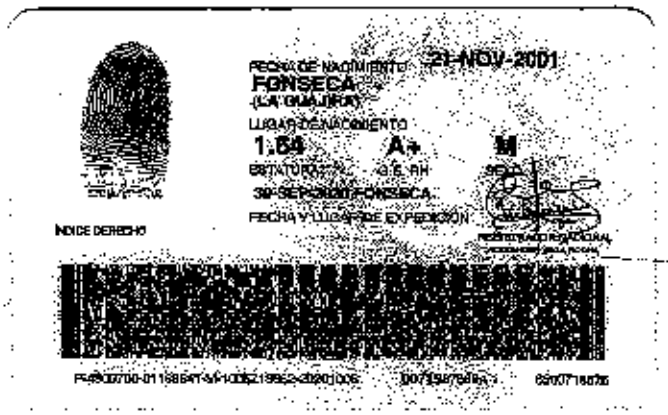
Subjetivo:
PACIENTE REFIERE PROBLEMAS VISUALES

Objetivos:
DETENCION DE ENFERMEDAD

Análisis:
PACIENTE DE 14 AÑOS DE EDAD CON CUADRO CLINICO DE RETRASO MENTAL LEVE EN TRATAMIENTO CON NEUROLOGIA AL EXAMEN FISICO NORMOCEFALO PINRAL MOH CUELLO MOVIL SIN ADENOPTATIAS RSCSRS SIN SOPLOS PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMAS SIN DEFICIT MOTOR NI SENCITIVO APARENTE SE DECIDE VALORACION POR PEDIATRIA

**LUIS EDUARDO GARCIA PEÑALOZA**
MEDICO RURAL
1121332538


ANDRES FELIPE


FECHA DE NACIMIENTO 21-NOV-2001
FONSECA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64
A+
M
ESTATURA
G.S. RH
SEXO
30-SEP-2020 FONSECA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** La Guajira.

**NOMBRES COMPLETOS:** Willian de jesus Blanchar Arregoces

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C TI (CC)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 11.956.962

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 30/11/1975 **EDAD:** 48

**DIRECCION:** Calle 11 # 13-54 **BARRIO:** 1 de Julio

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA (FAMILIAR) ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO ✓ ACUEDUCTO ✓ LUZ ✓ ALCANTARILLADO ✓ GAS ✓

**TELEFONO:** 300 631 9359

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Sordo Mudo

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Enfermedad

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI (NO)

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI (NO)

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI (NO)

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:**

**QUE INSUMOS NECESITA:**

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI NO

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira.*

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 |
|---|---|---|---|
| WILLIAM | DE JESUS | BLANCHAR | ARREGOCES |

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 17956962

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha | | |
|---|---|---|---|
| | Año | Mes | Día |
| Nit- Centro de Audiodiagnóstico y Rehabilitación Fonoaudiológica SAS | 2021 | 12 | 23 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | FONSECA |

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | | NO | X |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | X | NO | |
| 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 | 37.50 |
| Movilidad | 25.00 |
| Cuidado Personal | 6.25 |
| Relaciones | 35.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 36.11 |
| Participación | 28.13 |
| GLOBAL | 28.00 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b330.4 b340.4 b398.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.478

3. Codigos Actividades y Participación

d310.3 d350.2 d730.3

La salud es de todos | Minsalud

**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre | Profesión | Firma |
|---|---|---|
| OLGA LEONOR MENDOZA MENDOZA | Fisioterapia | CC-1120743369 |
| NADIR MARIA RAMIREZ GRANADILLO | Psicología | CC-1121041880 |
| JORGE LUIS PEREZ MOLINA | Medicina | CC-17953649 |

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *WILLIAM DE JESUS BLANCHAR ARREGOCES* manifiesto que: *SI*

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

william Blanchar

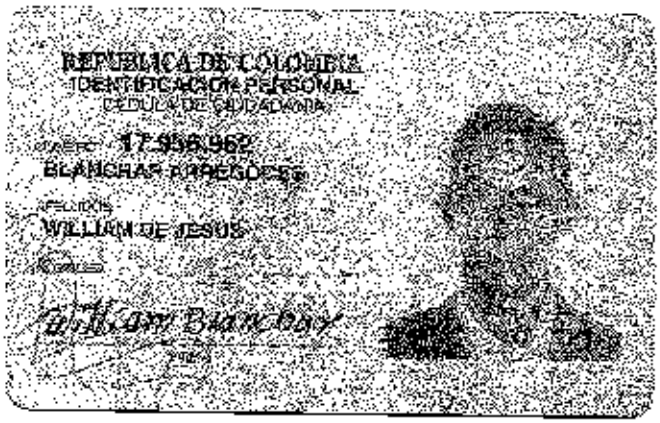
Nombre y Firma

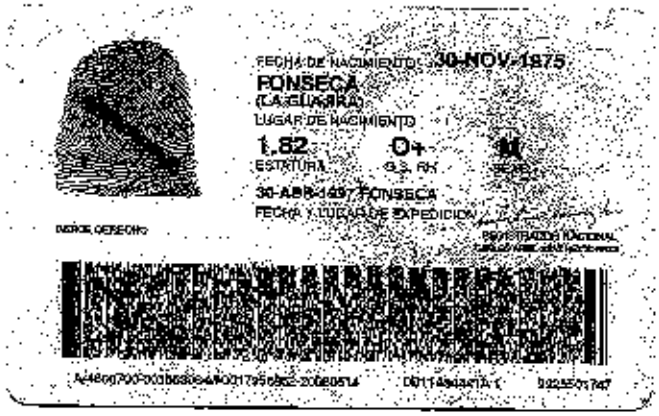
Documento: CC-17956962

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

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*

*Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez*




Barrio 1 de julio
calle 17 #13-54
Telefono 3006318359

carnet de salud
comfaguajira

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:** 17 / agosto / 2022

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Libra Esther Zuñiga

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I CC X

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 42498132.

**SEXO:** F X M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 10 / Enero / 1957 **EDAD:** 65.

**DIRECCION:** manzana 2 Casa 16 **BARRIO:** villa hermosa

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA X FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO X ACUEDUCTO X LUZ X

ALCANTARILLADO X GAS X.

**TELEFONO:** 3172382835

**EPS:** Comfaguajira **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA X. INTELECTUAL X. SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:**

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** SI NO X

**PARENTESCO:**

**NIVEL EDUCATIVO:** No estudio.

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** SI X NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Venta de Bollos de maiorca y hebo.

**QUE INSUMOS NECESITA:** Maiz.

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** SI X. NO


REPÚBLICA DE COLOMBIA
REGISTRADURÍA
CONTRASEÑA
Escanee el código para verificar su autenticidad.
El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Carlos Alfredo Chamorro Melendez

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C (T.I) C.C

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.046.708.856

**SEXO:** F (M)

**FECHA DE NACIMIENTO:** 15 Abril 2011 **EDAD:** 11 años

**DIRECCION:** Kra 7 #19-12 **BARRIO:** Los Delicias

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:**

**LA VIVIENDA ES:** (PROPIA) FAMILIAR ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** (ASEO) (ACUEDUCTO) (LUZ) (ALCANTARILLADO) (GAS)

**TELEFONO:** 321 519 7188

**EPS:** Santa **REGIMEN:** Subsidiado

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Meliomelingosele Espina Bifi

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:**

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Madre

**NIVEL EDUCATIVO:**

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI NO

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Ventas de Paletas y bolis

**QUE INSUMOS NECESITA:** Varios

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** (SI) NO

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| CARLOS | ALFREDO | CHAMORRO | MELENDEZ |

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 1046708856

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha Año | Mes | Día |
|---|---|---|---|
| Areté- Centro de Audiodiagnóstico y Rehabilitación Fonoaudiológica SAS | 2021 | 12 | 23 |

| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio |
|---|---|
| LA GUAJIRA | FONSECA |

## 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 | 41.67 |
| Movilidad | 63.00 |
| Cuidado Personal | 31.25 |
| Relaciones | 10.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 35.00 |
| Participación | 39.29 |
| GLOBAL | 42.03 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

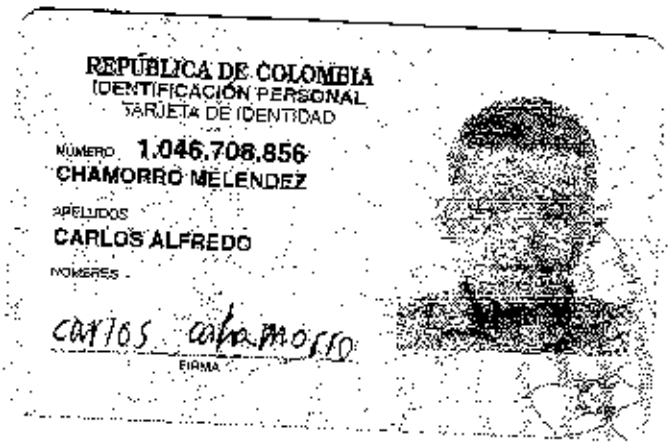
b799.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s750.383

3. Codigos Actividades y Participación

d4154.4 d4602.4 d598.1



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.046.708.856
CHAMORRO MELENDEZ

APELLIDOS
CARLOS ALFREDO

NOMBRES

carlos alfredo

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-ABR-2011
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO
15-ABR-2029
FECHA DE VENCIMIENTO
24-MAY-2019 FONSECA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
O+
G.S. RH
M
SEXO
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

0-4900700-20089451-M-1046708856-20190730 0067067126A 1 5325705

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira
NIT 900.750.948-9

**APOYO INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA VIDA, LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y AL TRABAJO A TRAVÉS DEL ENFOQUE RBC EN LAS COMUNIDADES. EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**

## FICHA DE CARACTERIZACION

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

**MUNICIPIO:** Fonseca **DEPARTAMENTO:** La Guajira

**NOMBRES COMPLETOS:** Yohenis Stefani Arroyo Cujia

**TIPO DE IDENTIFICACION:** R.C T.I (C.C)

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1.193.414.504

**SEXO:** (F) M

**FECHA DE NACIMIENTO:** 23/06/2001 **EDAD:** 21 AÑOS

**DIRECCION:** Calle 6 #4-37 **BARRIO:** Conejo

**ESTRACTO DE LA VIVIENDA:** 1

**LA VIVIENDA ES:** PROPIA (FAMILIAR) ARRENDADA

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE:** ASEO✓ ACUEDUCTO✗ LUZ✓

ALCANTARILLADO✓ GAS.✓

**TELEFONO:** 314 562 4970

**EPS:** Nueva EPS **REGIMEN:** Contributivo

**CLASE DE DISCAPACIDAD:** FISICA✓ INTELECTUAL✓ SENSORIAL MULTIPLE

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** Parálisis cerebral infantil + Microcranea

**CAUSA DE LA DISCAPACIDAD:** Enfermedad

**REQUIERE A COMPAÑANTE:** (SI) NO

**PARENTESCO:** Mamá

**NIVEL EDUCATIVO:** Bachiller

**UTILIZA AYUDAS TECNICAS:** SI (NO)

**CUAL UTILIZA:**

**EN SU DIARIO VIVIR TIENE ALGUNA UNIDAD PRODUCTIVA O NEGOCIO:** (SI) NO

**CUAL ES LA UNIDAD PROCUCTIVA O NEGOCIO:** Porqueriza.

**QUE INSUMOS NECESITA:** Alimento, bebederos, cerdos

**ESTE ES DE GRAN AYUDA EN SU DIARIO VIVIR:** (SI) NO

*Correo: funviguajira@outlook.com Cel.: 3008895271*
*Cra 18 No. 19 - 05 Fonseca, La Guajira*

**INSTITUTO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL SAMUEL LTDA.**
N.I.T. 900.136.752-1

¡Eres capaz!

**EL INSTITUTO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL SAMUEL LTDA**

**CERTIFICA:**

Que la niña **YOHENIS ARIÑO CUJIA**, con ***Dx.*** **PARALISIS CEREBRAL INFANTIL + MICROCRANEA**, se encuentra actualmente recibiendo plan de rehabilitación integral en los programas de: ***Terapia fonoaudiologica para desordenes cognitivo comunicativos SOD, Terapia física, Terapia Ocupacional, Acuaterapia, Musicoterapia, Equinoterapia,*** en nuestra institución desde el 17 de marzo de 2010, hasta la fecha.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado a los 27 días del mes de abril de 2016.

Atentamente,

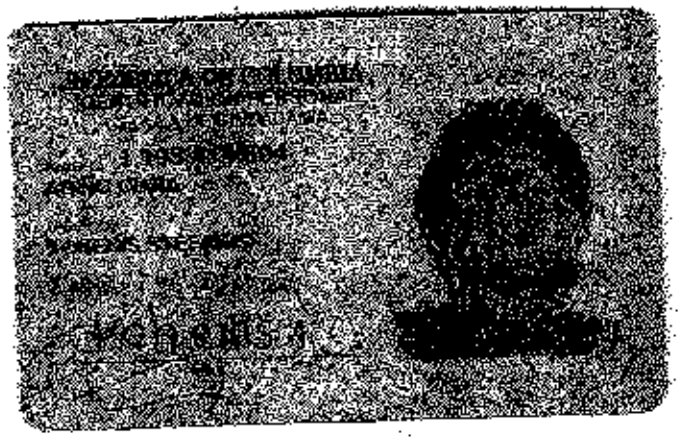
Yohenis Parodi

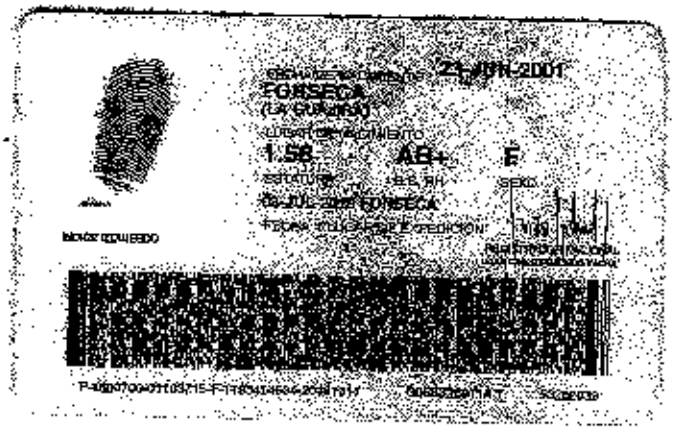
YOHENIS PARODI
**GERENTE CIENTIFICA**

NEUROCIRUJANO
R.M. 1009 358
FIRMA

RUBEN SABOGAL
**MEDICO TRATANTE**

Carrera 7 No. 8A – 33 La Paz Tel. 5770242 Celular 3174023805
Calle 6C No. 13B -70 Valledupar Tel 5845794
Calle 93 Nº 43-41 Barranquilla Tel 3528809
Diagonal 12 No. 23-50 Fonseca Cel: 3174238569
Carrera 11 No. 3-11 Maicao (La Guajira)




21-JUN-2001
FONSECA
1.58
AB+
F