REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **83.092.081**
GUTIERREZ BARREIRO

APELLIDOS
OSCAR JULIAN

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-JUL-1981**
CAMPOALEGRE
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

11-FEB-2000 CAMPOALEGRE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1902200-00630954-M-0083092081-20141004 0040412326A 1 7102694147

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	JULIAN	GUTIERREZ	BARREIRO

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: 83092081

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha		
	Año	Mes	Día
COMFAMILIAR HUILA	2022	1	17
2.3 Departamento	2.4 Municipio		
HUILA	NEIVA		

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	0.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	25.00
Participación	53.13
GLOBAL	13.02

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b210.2 b215.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s220.273

3. Codigos Actividades y Participación

d640.1 d879.3 d910.2

Escaneado con CamScanner

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión		Firma
OSCAR ALBERTO SOLANO RODRIGUEZ	Fonoaudiologia	CC-18956606	
MILENA ANDREA MURCIA COTACIO	Fisioterapia	CC-36286857	
FABIO ELISEO HURTADO PERDOMO	Medicina	CC-7696485	

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, OSCAR JULIAN GUTIERREZ BARREIRO manifiesto que: SI

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

Nombre y Firma

Documento: CC-83092097

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

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA



NUMERO **7.729.945**

CAMPOS ARIAS

APELLIDOS

JULIAN

NOMBRES

Julian Campos Arias

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **30-NOV-1984**

NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

16-DIC-2002 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1900100-00432196-M-0007729945-20130419 0032757428A 1 6672207364

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
JULIAN		CAMPOS	ARIAS

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: 7729945

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación
Batallon de ASPC 09 cacica gaitana

2.2 Fecha

Año	Mes	Día
2022	8	23

2.3 Departamento
HUILA

2.4 Municipio
NEIVA

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	16.67
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	28.13
Participación	15.63
GLOBAL	10.07

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b210.2 b229.3 b230.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s210.411 s2209.411 s260.222

3. Codigos Actividades y Participación

d175.1 d640.1 d910.2

La salud es de todos

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	
ILENIA ALEXANDRA CALDERON DIAZ	Fisioterapia	CC-26453174
DORYS CONDE GARZON	Terapia ocupacional	CC-52084039
JOHN MILTON SANCHEZ PERALTA	Medicina	CC-7712510

Firma Ilenia Calderón Díaz Fisioterapeuta Ejército Nacional

Dorys Conde Garzón Terapeuta Ocupacional Esp. Gerencia y Auditoría de la Salud

Dr. John Milton Sanchez Peralta Medico General Reg. 1357/15 C.C. 7.712.510

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *JULIAN CAMPOS ARIAS* manifiesto que: *SI*

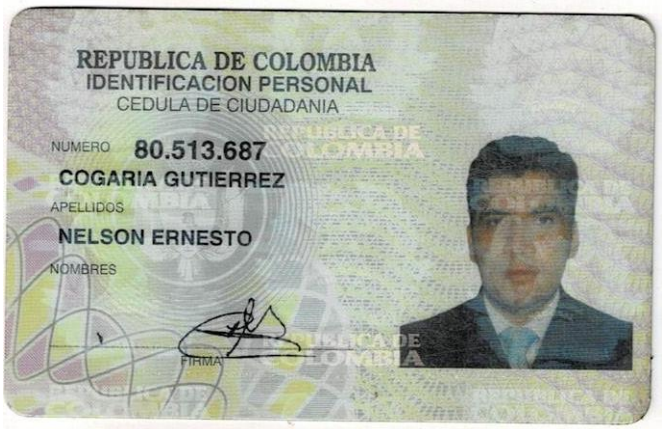
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Julian Campos Arias Julian Campos 7729945

Nombre y Firma Documento: CC-7729945

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 80.513.687

COGARIA GUTIERREZ
APELLIDOS

NELSON ERNESTO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-AGO-1973
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

03-JUN-1992 ENGATIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1904300-00277301-M-0080513687-20110114 0025533979H 1 33613872

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
NELSON	ERNESTO	COGARIA	GUTIERREZ

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:	80513687

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha		
	Año	Mes	Día
SEMEP IPS	2021	10	11

2.3 Departamento	2.4 Municipio
HUILA	NEIVA

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	95.00
Cuidado Personal	12.50
Relaciones	5.00
Actividades de la Vida Diaria	22.22
Participación	34.38
GLOBAL	28.18

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b280.3 b770.4 b789.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s7103.370 s750.450 s760.470

3. Codigos Actividades y Participación

d4602.3 d879.3 d940.1

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
CATHERINE GISELLE CARVAJAL SANDOVAL	Fisioterapia	CC-1127250717
JORGE MAURICIO ESCOBAR LOPEZ	Medicina	CC-12127878
ROCIO DEL PILAR SOLANO PASTRANA	Psicología	CC-55167495

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *NELSON ERNESTO COGARIA GUTIERREZ* manifiesto que: *SI*

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

Nombre y Firma

Documento: CC-80513687

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 17.643.446

GARATEJO ALVIRA

APELLIDOS

ALBEIRO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

14-OCT-1968

FECHA DE NACIMIENTO

FLORENCIA
(CAQUETA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

22-DIC-1986 FLORENCIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1900100-00131847-M-0017643446-20081127 0007017858A 1 6700014914

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
ALBEIRO		GARATEJO	ALVIRA

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: 17643446

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha		
	Año	Mes	Día
SEMEP IPS	2021	10	25

2.3 Departamento	2.4 Municipio
HUILA	NEIVA

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	50.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	13.89
Participación	18.75
GLOBAL	13.77

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b298.2 b710.4 b730.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s730.372 s750.412 s798.370

3. Codigos Actividades y Participación

d4501.2 d4602.2 d879.3

Escaneado con CamScanner

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
CATHERINE GISELLE CARVAJAL SANDOVAL	Fisioterapia	CC-1127250717
JORGE MAURICIO ESCOBAR LOPEZ	Medicina	CC-12127878
ROCIO DEL PILAR SOLANO PASTRANA	Psicología	CC-55167495

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *ALBEIRO GARATEJO ALVIRA* manifiesto que: *SI*

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

Nombre y Firma

Documento: CC-17643446

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

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

7.698.136
LADRIÑO MUÑOZ

HECTOR HERNAN





FECHA DE NACIMIENTO 25-DIC-1974
PALMIRA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
04-MAY-1993 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1900100-01032057-M-0007698136-20190816 0062317166A 1 9905420387

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	HERNAN	LADINO	MUÑOZ

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: 7698136

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

SALUD VITAL DEL HUILA SAS

2.2 Fecha

Año	Mes	Día
2021	9	30

2.3 Departamento

HUILA

2.4 Municipio

NEIVA

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	4.17
Movilidad	80.00
Cuidado Personal	12.50
Relaciones	20.00
Actividades de la Vida Diaria	20.00
Participación	34.38
GLOBAL	28.51

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b7108.3 b7158.3 b798.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s198.273 s750.373 s770.373

3. Codigos Actividades y Participación

d4154.4 d4602.2 d879.3

Escaneado con CamScanner

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
RODRIGO ALEJANDRO MUÑOZ ORTIZ	Fisioterapia	CC-1061734293
LEYDY VANESA ZAPATA LOSADA	Psicología	CC-1075263143
LINA MARIA ARCE COCOMA	Medicina	CC-52263248

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *HECTOR HERNAN LADINO MUÑOZ* manifiesto que: *SI*

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

Hector Hernan Ladino Muñoz — 7.698136 le neiva (H)

Nombre y Firma — Documento: CC-7698136

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

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **7.704.981**

LOZADA CASTRO

APELLIDOS

JAMES MAURICIO

NOMBRES

James M. Lozada C

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-MAY-1977**

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-AGO-1995 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1906400-00183342-M-0007704981-20091005 0016843418A 1 28339056

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
JAMES	MAURICIO	LOZADA	CASTRO

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: 7704981

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha		
	Año	Mes	Día
SEMEP IPS	2021	10	25

2.3 Departamento	2.4 Municipio
HUILA	NEIVA

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
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	12.50
Movilidad	70.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	25.00
Actividades de la Vida Diaria	30.56
Participación	59.38
GLOBAL	32.91

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b289.4 b710.3 b749.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s250.272 s730.372 s750.371

3. Codigos Actividades y Participación

d4602.2 d730.1 d879.2

Escaneado con CamScanner

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
CATHERINE GISELLE CARVAJAL SANDOVAL	Fisioterapia	CC-1127250717
JORGE MAURICIO ESCOBAR LOPEZ	Medicina	CC-12127878
ROCIO DEL PILAR SOLANO PASTRANA	Psicología	CC-55167495

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *JAMES MAURICIO LOZADA CASTRO* manifiesto que: *SI*

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

Nombre y Firma

Documento: CC-7704981

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

Escaneado con CamScanner