



NRO INT: 79712

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

NIT 891480085

ORDEN DE PAGO

Pag. 1 de 2

ORDEN DE PAGO FINAL No. 750 De 09/03/2023 Por 19.474.950,00

Fuente 06. Acta Única. Contrato interno No. 2360 de 28 de diciembre de 2022. Secop II-CO1.PCCNTR4346947 Contratista IPS SYS Seguridad y Salud en el Trabajo SAS.

ACTA No.: 224 de 09/03/2023

DEPENDENCIA : FONDO DEPARTAMENTAL DE SALUD

PROYECTO : FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE GOBERNANZA DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y MEJORAMIENTO EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA

A FAVOR DE: SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SAS C.C o Nit 900827895

BANCO: 7 TIPO CUENTA: Corriente NRO CUENTA: 72100010165

CONTRATO DE APOYO No 2360 de 28/12/2022 Por 19.474.950,00

PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO AL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD NACIONAL, PARA GARANTIZAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD Y EL REGISTRO DE LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD -RLCPD; REALIZANDO PROCEDIMIENTOS DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

VALOR A PAGAR Diecinueve Millones Cuatrocientos Setenta Y Cuatro Mil Novecientos Cincuenta Pesos M/Cte. 19.474.950,00

RETENCIONES EFECTUADAS						Total deducciones
Impuesto	Tercero	Actividad	Base	%	Valor	
ESTAMPILLA PRO-UTP SALUD 1% - JURIDICAS	900827895		19.474.950,00	1,00	194.750,00	4.187.142,00
ESTAMPILLA PRO-DESARROLLO SALUD 2% - JURIDICAS	900827895		19.474.950,00	2,00	389.499,00	
ESTAMPILLA PRO-HOSPITALES SALUD 2% - JURIDICAS	900827895		19.474.950,00	2,00	389.499,00	
TASA PRO-DEPORTE Y RECREACIÓN 2.5% - SALUD	900827895		19.474.950,00	2,50	486.900,00	
ESTAMPILLA PRO-BIENESTAR ADULTO MAYOR SALUD 3% - JURIDICAS	900827895		19.474.950,00	3,00	584.249,00	
RETEFUENTE	900827895	7	19.474.950,00	11,00	2.142.245,00	

NETO A GIRAR 15.287.808,00

IMPUTACION PRESUPUESTO

RESERVA 6054 Fecha. 01/01/2023

C. Costo	Proyecto	Rubro	Nombre	Fondo	Valor
1104	2021003660026	2.3.2.02.02.009.06	Servicios de la administración pública relacionados con la salud	663 Resol. 1738 Discapacidad - Minsalud	19.474.950,00

Total obligación 19.474.950,00

IMPUTACION CONTABLE CXP

Cuenta	Débito	Crédito	Descripción
55021102	Fortalecimiento Institucional - Honorarios	19.474.950,	0, ACTA RECIBO FINAL 2023-224 Fuente 06. Acta Única. C
1305880303	Estampilla Pro-Universidad Tecnológ	0,	194.750, ACTA RECIBO FINAL 2023-224 Fuente 06. Acta Única. C
1305880103	Estampilla Pro-Desarrollo - Contrato	0,	389.499, ACTA RECIBO FINAL 2023-224 Fuente 06. Acta Única. C
1305880401	Estampilla Pro-Hospital - Contratos	0,	389.499, ACTA RECIBO FINAL 2023-224 Fuente 06. Acta Única. C
1305880503	Tasa Pro-Deporte y Recreación - Co	0,	486.900, ACTA RECIBO FINAL 2023-224 Fuente 06. Acta Única. C
1305880203	Estampilla Pro-Adulto Mayor - Contr	0,	584.249, ACTA RECIBO FINAL 2023-224 Fuente 06. Acta Única. C
24360304	Honorarios Salud	0,	2.142.245, ACTA RECIBO FINAL 2023-224 Fuente 06. Acta Única. C
2401020206	Proyectos De Inversión - Honorarios -	0,	15.287.808, ACTA RECIBO FINAL 2023-224 Fuente 06. Acta Única. C
Sumas Iguales	19.474.950	19.474.950	



NRO INT: 79712

DEPARTAMENTO DE RISARALDA

NIT 891480085

ORDEN DE PAGO

Pag. 2 de 2

ORDEN DE PAGO FINAL **No. 750** **De 09/03/2023** **Por 19.474.950,00**

Fuente 06. Acta Única. Contrato interno No. 2360 de 28 de diciembre de 2022. Secop II-CO1.PCCNTR4346947 Contratista IPS SYS Seguridad y Salud en el Trabajo SAS.

ACTA No.: 224 **de 09/03/2023**



RODOLFO ANTONIO BURGOS PEREIRA

02460013131226-531487-000956913



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

NIT 891480085

NRO INT. :57158

Impreso en: 09-MAR-23 12:11 PM

ACTA DE RECIBO FINAL No. 224

EL (LOS) INTERVENTOR (ES) ABAJO FIRMANTE (S) DE CONTRATO DE APOYO Nro. 2360

CERTIFICA(N) QUE:

El contratista SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SAS con identificación 900827895 ha cumplido a satisfacción con el objeto del contrato, demás obligaciones inherentes a él y con las obligaciones parafiscales, salud, pensión y riesgos profesionales derivados CONTRATO DE APOYO en referencia.

Con la firma de la presente acta, el supervisor del contrato certifica que todos los documentos originales que se adjuntan para el trámite y pago de la cuenta reposan en el expediente de la misma.

De acuerdo al CONTRATO DE APOYO se establece que:

Fecha firma	28/12/2022	Valor orden gasto	19.474.950
Fecha iniciación	28/12/2022	Pagos efectuados y Ent. Alm no pagada:	0
Fecha Terminación	30/12/2022	Valor acta	19.474.950
Duración	SIN EXCEDER EL 30/12/2022	Saldo pendiente	0

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO AL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD NACIONAL, PARA GARANTIZAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD Y EL REGISTRO DE LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD - RLC PD; REALIZANDO PROCEDIMIENTOS DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

BIENES Y SERVICIOS RECIBIDOS MEDIANTE LA PRESENTE ACTA

Fuente 06. Acta Única. Contrato interno No. 2360 de 28 de diciembre de 2022. Secop II-CO1.PCCNTR4346947 Contratista IPS SYS Seguridad y Salud en el Trabajo SAS.

Fac/Doc. Equivalente:

Item	Descripción Detalle Contrato	Valor	Iva
1	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO AL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD NACIONAL, PARA GARANTIZAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD Y EL REGISTRO DE LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD -RLCPD;	19.474.950	0
Total:		19.474.950	0
		Total recibido	19.474.950
		- Amortización de anticipo	
Valor Diecinueve Millones Cuatrocientos Setenta Y Cuatro Mil Novecientos Cincuenta Pesos M/Cte.			19.474.950
Valor del Anticipo		0	
Valor Acumulado Amortizacion Anticipo		0	

Para constancia se firma en Pereira el: 09/03/2023



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

NIT 891480085

NRO INT. :57158

Impreso en: 09-MAR-23 12:11 PM

ACTA DE RECIBO FINAL No. 224

EL (LOS) INTERVENTOR (ES) ABAJO FIRMANTE (S) DE CONTRATO DE APOYO Nro. 2360

CERTIFICA(N) QUE:

El contratista SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SAS con identificación 900827895 ha cumplido a satisfacción con el objeto del contrato, demás obligaciones inherentes a él y con las obligaciones parafiscales, salud, pensión y riesgos profesionales derivados CONTRATO DE APOYO en referencia.

Con la firma de la presente acta, el supervisor del contrato certifica que todos los documentos originales que se adjuntan para el trámite y pago de la cuenta reposan en el expediente de la misma.



MARIA CRISTINA BOTERO MEJIA
02460013121015-531484-000956791



SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO S/
02460013121110-531484-000956792

	<p>DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud Departamental</p> <p>GESTIÓN JURÍDICA CONTRATACIÓN</p> <p>ACTA PARCIAL CONTRATO PERSONA JURÍDICA</p>
Versión: 8	Vigencia: 12-2020

Acta Única Contrato interno No 2360 de fecha 28/12/2022 Numero de contrato SECOP II-CO1.PCCNTR.4346947 Contratista IPS SYS Seguridad y Salud en el Trabajo SAS

ACTA PARCIAL
ACTA FINAL



En el municipio de Pereira, el 1º de marzo de 2023, en la Secretaría de Salud Departamental se reunieron **María Cristina Botero Mejía** en calidad de Interventor y el señor **Eugenio Ocampo Piedrahita**, Representante legal en calidad de contratista, con el objeto de realizar la presente acta final del Contrato No **4346947** del 28 de diciembre de 2022. Conforme a lo siguiente:

OBJETO	Prestar los servicios de apoyo al proceso de certificación de Discapacidad Nacional, para garantizar la implementación de la certificación de discapacidad y el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad - RLCPD; realizando procedimientos de certificación de discapacidad.
CONTRATISTA	IPS SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SAS
NIT O CEDULA	900827895-1
REPRESENTANTE LEGAL	EUGENIO OCAMPO PIEDRAHITA
CEDULA	10.135.688
IMPUTACIONES	Rubro No. 1104-2.3.2.02.02.009.06-663 Disponibilidad No 2860 del 23 de noviembre de 2022. Registro No 6054 del 29 de diciembre de 2022
PLAZO INICIAL	3 días
FECHA DE INICIACION	Diciembre 29 de 2022
FECHA DE TERMINACION INICIAL	Diciembre 31 de 2022
PRORROGA (S)	Febrero 28 de 2023 (58 días)
SUSPENSION (S)	N/A
REINICIACION (S)	N/A
FECHA DE TERMINACION	28 de febrero de 2023
VALOR INICIALCONTRATO	\$19.474.950
VALOR ADICION (S)	\$ 0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$19.474.950,00
ANTICIPO	\$ 0

	<p>DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud Departamental</p> <p>GESTIÓN JURÍDICA CONTRATACIÓN</p> <p>ACTA PARCIAL CONTRATO PERSONA JURÍDICA</p>
Versión: 8	Vigencia: 12-2020

Acta Única Contrato interno No 2360 de fecha 28/12/2022 Numero de contrato SECOP II-CO1.PCCNTR.4346947 Contratista IPS SYS Seguridad y Salud en el Trabajo SAS

FORMA DE PAGO	El Departamento de Risaralda, cancelará el valor del Contrato que se suscriba con ocasión de éste proceso mediante un pago único por valor de DIECINUEVE MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS MCTE (\$19.474.950,00), o por el valor correspondiente a las certificaciones de discapacidad asignadas y ejecutadas hasta por el monto total del contrato; previa presentación por parte de la IPS de los respectivos informes y visto bueno a los mismos con recibidos a satisfacción suscrito por parte del supervisor designado.
FECHA DE ELABORACIÓN:	Marzo 1º de 2023

BALANCE DEL ANTICIPO

Valor Anticipo		\$0
Valor amortizado actas anteriores	\$0	
Valor amortizado presente acta (si es del caso)	\$0	
Saldo por amortizar	\$0	

SUMAS IGUALES	\$0	\$0
----------------------	-----	-----

BALANCE DEL CONTRATO

Valor Contrato Inicial		\$19.474.950,00
Valor Adición		\$0
Valor total de actas pagadas	\$0	
Valor presente acta	\$19.474.950,00	
Saldo del Contrato sin ejecutar		\$0
SUMAS IGUALES	\$19.474.950,00	\$19.474.950,00

	<p align="center">DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud Departamental</p> <p align="center">GESTIÓN JURÍDICA CONTRATACIÓN</p> <p align="center">ACTA PARCIAL CONTRATO PERSONA JURÍDICA</p>
Versión: 8	Vigencia: 12-2020

Acta Única Contrato interno No 2360 de fecha 28/12/2022 Numero de contrato SECOP II-CO1.PCCNTR.4346947 Contratista IPS SYS Seguridad y Salud en el Trabajo SAS

VALOR TOTAL A PAGAR PRESENTE ACTA: \$19.474.950,00

PERIODO PAGADO: DESDE 29 DE DICIEMBRE 2022 HASTA 28 DE FEBRERO 2023

OBSERVACIONES:

	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	EVIDENCIAS/SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES
1	Atender en desarrollo de este contrato, a usuarios del Municipio de Pereira; en caso requerido, definido por parte de la Secretaría, se realizará asignación de otros municipios previo acuerdo entre las partes y formalización por parte del Supervisor.	Este compromiso fue realizado en un 100%, de acuerdo al plan de trabajo presentado en la tabla de distribución	Se hizo acompañamiento, asesoría y asistencia en el proceso desde la supervisión y se realizó reunión con las IPS para dar asesoría para el inicio del proceso.
2	Recibir la autorización (orden) para la realización de la valoración de certificación de discapacidad emitido por las Secretarías de Salud o Direcciones Locales de Salud de los municipios referidos en el cuadro de asignación.	Las ordenes fueron entregadas al coordinador del proyecto por los encargados de la secretaria de salud departamental para realizar la ejecución de los certificados	Se anexa listado órdenes recibidas según municipios de Risaralda así: <ul style="list-style-type: none"> • Dosquebradas: Un total de 20 intramurales • Santuario: un total de 60 órdenes intramurales. • Mistrató: Un total de 40 órdenes intramurales. • Belén de Umbría: Un total de 30 órdenes intramurales.
3	Coordinar con el solicitante la fecha, hora y método de valoración de certificación de discapacidad.	Se realizó contacto con las referentes de los municipios de Dosquebradas, Santuario, Mistrató y Belén de Umbría, para acordar logística de atención a los usuarios en los respectivos municipios.	Registro de la asistencia de los usuarios según lo agendado. Las atenciones de los pacientes de Dosquebradas se realizaron en la sede de SYS Seguridad y Salud en el Trabajo,

	<p align="center">DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud Departamental</p> <p align="center">GESTIÓN JURÍDICA CONTRATACIÓN</p> <p align="center">ACTA PARCIAL CONTRATO PERSONA JURÍDICA</p>
Versión: 8	Vigencia: 12-2020

Acta de Inicio Contrato interno No 2357 de fecha 27/12/2022 Numero de contrato SECOP II-CO1.PCCNTR.4346828 Contratista Instituto de Audiología Integral

			<p>Belén de Umbría Se realizó contacto con Isabel Viviana Gómez, secretaria de salud municipal, para realizar la jornada de valoración la cual se realizó en el centro de vida.</p> <p>Santuario Se realizó contacto con Yenifer Andrea Ochoa, directora local de salud para realizar la jornada de valoración la cual se realizó en el hospital del municipio.</p> <p>Mistrató Se realizó contacto con Tatiana Sánchez, referente de discapacidad, para realizar la jornada de valoración la cual se realizó en el centro de día.</p>
4	Realizar la consulta de valoración multidisciplinaria por equipo de profesionales según la fecha, hora y método acordado con el usuario	<p>En contacto con los referentes de discapacidad de cada municipio se acordaron las siguientes jornadas de trabajo:</p> <p>-Dosquebradas Asignación de citas en la IPS, según disponibilidad de los usuarios en el mes de enero..</p> <p>-Santuario, 3 jornadas los días 20.21 y 28 de enero</p> <p>-Mistrató una jornada completa el día 4 de febrero.</p> <p>Belén de umbría, una jornada completa el 18 de febrero.</p>	Se adjunta documento con listado de valoraciones por municipio.

	<p align="center">DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud Departamental</p> <p align="center">GESTIÓN JURÍDICA CONTRATACIÓN</p> <p align="center">ACTA PARCIAL CONTRATO PERSONA JURÍDICA</p>
Versión: 8	Vigencia: 12-2020

Acta de Inicio Contrato interno No 2357 de fecha 27/12/2022 Numero de contrato SECOP II-CO1.PCCNTR.4346828 Contratista Instituto de Audiología Integral

5	<p>Generar el certificado de discapacidad y entregarlo al solicitante.</p>	<p>Posterior a la realización del procedimiento de certificación en aplicativo SISPRO, se explicó y entrego certificado a cada usuario, Asi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dosquebradas: Se generaron 20 órdenes de valoración de las cuales se entregaron 20 certificados de discapacidad • Santuario: Se generaron 60 órdenes de valoración de las cuales se entregaron 59 certificados a personas con discapacidad y 1 constancia donde informa que según la historia clínica aportada y criterio del equipo evaluador no cumplía los requisitos para entregar certificado como personas con discapacidad, información validada con Luis Alejandro Palacio, apoyo del ministerio de salud para el aplicativo de RLCPD, se anexa pantallazo • Mistrató: Se generaron 40 valoraciones de las cuales se entregaron 40 certificados a personas con discapacidad. • Belén de Umbría: Se generaron 30 valoraciones de las cuales se entregaron 30 certificados a personas con discapacidad 	<p>Certificados de discapacidad emitidos y entregados a los usuarios, que se pueden evidenciar en la página de SISPRO/RLCPD.</p> <p>Se adjunta carpeta con las órdenes de cada uno de los certificados entregados en cada municipio.</p>
---	--	--	--

	<p align="center">DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud Departamental</p> <p align="center">GESTIÓN JURÍDICA CONTRATACIÓN</p> <p align="center">ACTA PARCIAL CONTRATO PERSONA JURÍDICA</p>
Versión: 8	Vigencia: 12-2020

Acta de Inicio Contrato interno No 2357 de fecha 27/12/2022 Numero de contrato SECOP II-CO1.PCCNTR.4346828 Contratista Instituto de Audiología Integral

6	<p>Consignar en el aplicativo Registro de Localización y Caracterización de las personas con Discapacidad – RLCPD, la información sobre la valoración realizada por el equipo multidisciplinario obtenida para la certificación de discapacidad, del resultado del procedimiento de certificación de discapacidad. Producto Base de datos RLCPD sobre Certificado de Discapacidad emitidos.</p>	<p>Los certificados se encuentran cargados en el SISPRO para evidencia del proceso de certificación de discapacidad que se llevó a cabo en los municipios: Dosquebradas, Santuario, Mistrató y Belén de Umbría.</p>	<p>Se evidencia en la plataforma PISIS cada uno de los certificados debidamente firmados de cada municipio.</p>
7	<p>Garantizar la realización del número de valoraciones semanales certificadas en cumplimiento de la Resolución 1239 de 2022, teniendo en cuenta que el promedio de tiempo para cada una es de 40 minutos. Según lo definido con el supervisor en acta de inicio</p>	<p>Las valoraciones realizadas se llevaron a cabo durante el mes de enero y febrero. Se realizaron la totalidad de las valoraciones certificadas teniendo en cuenta el promedio de tiempo 40 minutos para cada una de ellas.</p>	<p>Listado de atenciones de acuerdo con el previo agendamiento. Cada una de las valoraciones se encuentra registrada en el sistema PISIS para su eventual revisión.</p>
8	<p>Registrar la información en el SISPRO de los usuarios Institucionales mediante la plataforma PISIS Cliente Neo (vincular), en los términos establecidos en el Anexo Técnico SEG500USIN.</p>	<p>Se llevó a cabo el cargue de la información solicitada para la verificación y creación del equipo multidisciplinario de la IPS SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO en la plataforma PISIS Cliente Neo (vincular), en los términos establecidos en el Anexo Técnico SEG500USIN.</p> <p>Cada uno de los equipos están conformados por un médico con otros profesionales tales como un psicólogo, o una fonoaudióloga; y se crean según disponibilidad y/o necesidad del servicio.</p>	<p>Se evidencia actualización en SISPRO del equipo multidisciplinario en los términos establecidos en la Norma.</p>

	<p align="center">DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud Departamental</p> <p align="center">GESTIÓN JURÍDICA CONTRATACIÓN</p> <p align="center">ACTA PARCIAL CONTRATO PERSONA JURÍDICA</p>
Versión: 8	Vigencia: 12-2020

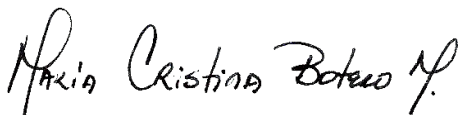
Acta 01 Contrato interno No 2360 de fecha 28/12/2022 Numero de contrato SECOP II-CO1.PCCNTR.4346947 Contratista IPS SYS Seguridad y Salud en el Trabajo SAS

9	Suministrar los Elementos de Protección Personal para el personal de salud que realiza las actividades de certificación en discapacidad.	Se entregan elementos de protección personal al grupo habilitador para el desarrollo de las actividades dentro del marco del proceso de certificación de discapacidad.	Se evidencia certificado de entrega de EPP
---	--	---	---

NOTA:

El suscrito interventor hace constar que el contratista **S Y S SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** cumplió satisfactoriamente con el objeto contractual y las obligaciones del requeridas para el primer y único desembolso.

El representante legal y el contador declaran igualmente bajo la gravedad de juramento, que los certificados allegados durante la ejecución del contrato respecto a las obligaciones de pago de seguridad social integral (salud y pensión y/o ARP) y/o parafiscales (SENA, ICBF y Caja de Compensación Familiar) fueron liquidados y pagados conforme a las normas vigentes. Se anexan las constancias de pago o certificados.

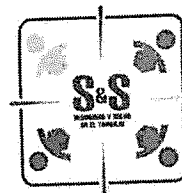


María Cristina Botero Mejía
Interventor



Eugenio Ocampo Piedrahita
Contratista

Elaboró: María Cristina Botero
Profesional Especializado en Salud
Referente Poblaciones Vulnerables



1

Febrero 22 de 2023

**CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y
PARAFISCALES**

SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO S.A.S.

Yo, EUGENIO OCAMPO PIEDRAHITA, identificada con cédula de ciudadanía No.10.135.688 DE Pereira, en mi condición de Representante Legal de SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO S.A.S. identificada con Nit **900.827.895-1** certifico que, durante los últimos seis meses, la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra a la fecha a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

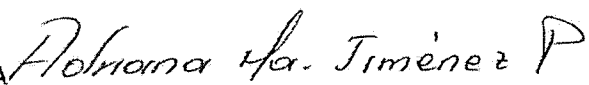
FIRMA


EUGENIO OCAMPO
PIEDRAHITACC. 10.135.688

Yo, ADRIANA MARIA JIMENEZ PERALTA identificado con cédula de ciudadanía No. 25.233.068, y con Tarjeta Profesional No. 48612-T de la Junta Central de Contadores, en mi condición de contador de SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO S.A.S. identificada con NIT.**900.827.895-1**, luego de examinar los estados financieros de la empresa de acuerdo con las normas contables generalmente aceptadas en Colombia, certifico que durante los últimos seis meses; legalmente exigibles, la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra a la fecha a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

FIRMA


ADRIANA MARIA JIMENEZ PERALTA
CC. 25.233.068

Calle 23 No 6-17 / Centro / Pereira Risaralda

☎ 3359518 – 3154973648 / ✉ info@sysseguridadsaludeneltrabajo.com

<https://sysseguridadsaludeneltrabajo.com>



SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO S.A.S.
 NIT 900.827.895-1
 Calle 23 No 6-17
 Tel: (606) 3486313
 Pereira - Colombia
 facturacion@sysseguridadysaludeneltrabajo.com



Factura electrónica de venta
No. FES 6035

Señores DEPARTAMENTO DE RISARALDA
NIT 891.480.085-7 **Teléfono** 6063398323
Dirección CL 19 13 17 **Ciudad** Pereira - Colombia

Fecha y hora Factura

Generación 27/02/2023, 06:10
Expedición 27/02/2023, 06:10
Vencimiento 29/03/2023

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Total	Vr. Unitario	Nombre producto	Vr. Bruto
1	CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD INTRAMURAL	150.00	19,474,950.00	129,833.00	CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD INTRAMURAL	19,474,950.00

Elaborado por software Siigo Nube y enviado electrónicamente por proveedor tecnológico Siigo. Siigo S.A S.N.E. 830.048.145-8

Total items: 1**Valor en Letras:**

Diecinueve millones cuatrocientos setenta y cuatro mil novecientos cincuenta pesos m/cte

Total Bruto	19,474,950.00
Total a Pagar	19,474,950.00

Condiciones de Pago:

Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2023-03-29 por \$ 19,474,950.00

Observaciones:

El pago se realiza por consignación a la CUENTA CORRIENTE No 721-000101-65 BANCOLOMBIA a nombre de SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SAS.
 El soporte del pago se envía a facturacion@sysseguridadysaludeneltrabajo.com
 No somos responsables de IVA. Los servicios médicos y de laboratorio para la salud humana están excluidos del IVA (art476 e.t.) Somos autorretenedores de ICA.

Orden de compra: -

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en esta título - Valor. Número Autorización 18764033250171 aprobado en 20220810 prefijo FES desde el número 4294 al 10000 Vigencia: 12 Meses

Responsable de IVA - Actividad Económica 8699 Otras actividades de atención de la salud humana Tarifa 1 x mil
 CUFE: 957c753e92e38f81311bf3fb2f65c4a685df7c5902668289bd4f0ce4ca3d366eee650e768235cbb4a2c52c87275ed

	<p align="center">DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud</p> <p align="center">GESTIÓN JURÍDICA CONTRATACIÓN</p> <p align="center">INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS</p>
Versión: 0	Vigencia 09-2012

1. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

Secretaría:	DE SALUD	Dirección:	
Número del Contrato:	SECOP II CO1.PCCNTR.4346947	Informe No.: 01	
Periodo al que corresponde el presente informe:	Diciembre 29 de 2022 hasta febrero 28 de 2023	Plazo de Ejecución:	63 días
Contratista:	<i>SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SAS</i>	Interventor:	<i>MARIA CRISTINA BOTERO MEJIA</i>

2. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES EJECUTADAS:

OBLIGACIONES PACTADAS/ALCANCES DEL CONTRATO	ACTIVIDADES EJECUTADAS	EVIDENCIAS / SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES	OBSERVACIONES
<p>1. Atender en desarrollo de este contrato, a usuarios del Municipio de Pereira; en caso requerido, definido por parte de la Secretaría, se realizará asignación de otros municipios previo acuerdo entre las partes y formalización por parte del Supervisor.</p>	<p>Este compromiso fue realizado en un 100% de acuerdo al plan de trabajo presentado en la tabla de distribución y a las Certificaciones realizadas.</p>	<p>Se atendieron a los usuarios de los municipios de Dosquebradas, Santuario, Mistrató y Belén de Umbría asignados por la supervisión, los cuales se registraron en la tabla de distribución y para constancia están las asistencias firmadas por los usuarios.</p>	<p>Sin observaciones</p>



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud

GESTIÓN JURÍDICA
CONTRATACIÓN

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 0

Vigencia 09-2012

2. Recibir la autorización (orden) para la realización de la valoración de certificación de discapacidad emitido por las Secretarías de Salud o Direcciones Locales de Salud de los municipios referidos cuadro de asignación.	Se reciben las órdenes que fueron emitidas por las Secretarías de Salud de Dosquebradas, Belén de umbría, santuario y Mistrató y entregadas por el usuario en el momento de la cita para la Certificación de Discapacidad.	Paquete de autorizaciones emitidas por las secretarias de salud municipal. Dosquebradas: 20 intramurales Santuario: 60 intramurales Mistrató: 40 intramurales Belén de Umbría: 30 intramurales	Se entregan las 150 órdenes en físico.
--	--	--	--



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud

GESTIÓN JURÍDICA
CONTRATACIÓN

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 0

Vigencia 09-2012

3. Coordinar con el solicitante la fecha, hora y método de valoración de certificación de discapacidad..	Se realizó contacto con los referentes de los municipios de Dosquebradas, Santuario, Mistrató y Belén de Umbría, para acordar la logística de atención a los usuarios en los respectivos Municipios.	<p>Registro de la asistencia de los usuarios según lo agendado. Las atenciones de los pacientes de Dosquebradas se realizaron en la sede de SYS Seguridad y Salud en el Trabajo, Las demás atenciones fueron realizadas en cada uno de los municipios en jornadas concertadas con el referente de discapacidad.</p> <ul style="list-style-type: none">• Belén de Umbría Se realizó contacto con Isabel Viviana Gómez, secretaria de salud municipal, para realizar la jornada de valoración la cual se realizó en el centro de vida.• Santuario Se realizó contacto con Yenifer Andrea Ochoa, directora local de salud para realizar la jornada de valoración la cual se realizó en el hospital del municipio.• Mistrató Se realizó contacto con Tatiana Sánchez, referente de discapacidad, para realizar la jornada de valoración la cual se realizó en el centro de día.	Sin observaciones
--	--	---	--------------------------



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud

GESTIÓN JURÍDICA
CONTRATACIÓN

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 0

Vigencia 09-2012

4. Realizar la consulta de valoración multidisciplinaria por equipo de profesionales según la fecha, hora, método acordado por el usuario.	<p>Se realizaron las consultas de valoración multidisciplinaria por equipo de profesionales según las respectivas citaciones, en los municipios de Pereira (para personas de Dosquebradas), Santuario, Mistrató y Belén de Umbría.</p> <p>En contacto con los referentes de discapacidad de cada municipio se acordaron las siguientes jornadas de trabajo:</p> <p>-Dosquebradas Asignación de citas en la IPS, según disponibilidad de los usuarios en el mes de enero.</p> <p>-Santuario, 3 jornadas los días 20.21 y 28 de enero</p> <p>-Mistrató una jornada completa el día 4 de febrero.</p> <p>Belén de umbría, una jornada completa el 18 de febrero.</p>	<p>Se anexa el listado de las valoraciones realizadas para el INFORME</p> <table> <tr> <th>MUNICIPIO</th> <th>INTRAMURALES</th> </tr> <tr> <td>BELEN DE UMBRIA</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>DOSQUEBRADA S</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>MISTRATO</td> <td>40</td> </tr> <tr> <td>SANTUARIO</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>INFORME</td> <td>150</td> </tr> </table>	MUNICIPIO	INTRAMURALES	BELEN DE UMBRIA	30	DOSQUEBRADA S	20	MISTRATO	40	SANTUARIO	60	INFORME	150	Sin observaciones
MUNICIPIO	INTRAMURALES														
BELEN DE UMBRIA	30														
DOSQUEBRADA S	20														
MISTRATO	40														
SANTUARIO	60														
INFORME	150														
5. Generar el certificado de discapacidad y entregarlo al solicitante	Posterior a la realización del procedimiento de certificación en aplicativo SISPRO, se explicó y entrego certificado a cada usuario.	Certificados de discapacidad emitidos y entregados a los usuarios, que se pueden evidenciar en la página de SISPRO/RLCPD	Sin observaciones												

**DEPARTAMENTO DE RISARALDA****Secretaría de salud****GESTIÓN JURÍDICA****CONTRATACIÓN****INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Versión: 0

Vigencia 09-2012

6. Consignar en el aplicativo, registro de localización y caracterización de personas con discapacidad- RLCPD, la información sobre la valoración realizada por el equipo multidisciplinario obtenida para la certificación de discapacidad. del resultado del procedimiento de certificación de discapacidad. Producto Base de datos RLCPD sobre Certificado de Discapacidad emitidos.	Se cargó en el SISPRO la información sobre la valoración realizada por el equipo multidisciplinario obtenida para la certificación de discapacidad como resultado del procedimiento de certificación de discapacidad que se llevó a cabo en los municipios de Dosquebradas, Santuario, Mistrató y Belén de Umbría asignados.	Certificados de discapacidad validados y emitidos en SISPRO de las valoraciones realizadas en la totalidad de los municipios asignados.	Sin observaciones
7. Garantizar la realización del número de valoraciones semanales certificadas en cumplimiento de la Resolución 1239 de 2022, teniendo en cuenta que el promedio de tiempo para cada una es de 40 minutos. Según lo definido con el supervisor en acta de inicio.	Las valoraciones realizadas se llevaron a cabo durante el mes de enero y febrero. Se realizaron la totalidad de las valoraciones certificadas teniendo en cuenta el promedio de tiempo 40 minutos para cada una de ellas.	Listado de atenciones de acuerdo con el previo agendamiento. Cada una de las valoraciones se encuentra registrada en el sistema PISIS para su eventual revisión.	Se entregan 150 órdenes de certificaciones realizadas
8. Registrar la información en el SISPRO de los usuarios Institucionales mediante la plataforma PISIS Cliente Neo (vincular), en los términos establecidos en el Anexo Técnico SEG500USIN.	Se llevó a cabo el cargue de la información solicitada para la verificación y creación del equipo multidisciplinario de la IPS SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO en la plataforma PISIS Cliente Neo (vincular), en los términos establecidos en el Anexo Técnico SEG500USIN.	Equipos multidisciplinarios creados en SISPRO, cada equipo liderado por un médico.	Sin observaciones



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud

GESTIÓN JURÍDICA
CONTRATACIÓN

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 0

Vigencia 09-2012

9. Suministrar los elementos de protección personal para el personal de salud que realiza las actividades de certificación de discapacidad.	En la IPS se dispone de dotación de elementos de bioseguridad que se suministra a los equipos multidisciplinarios para la ejecución de sus actividades.	Formatos de entrega de EPP	Sin observaciones
---	---	----------------------------	--------------------------

IPS SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

NIT: 900827895-1

REPRESENTANTE LEGAL: EUGENIO OCAMPO PIEDRAHITA

No CEDULA: 10.135.688



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 3 66088

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Belén de Umbría
SECRETARIA DE SALUD
NUEVA EPS

Fecha de solicitud de la orden:

YYY	MM	DD
2023	2	11

Fecha de expedición de la orden:

YYY	MM	DD
2023	2	11

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiere):
Teléfono de contacto:

GERARDO ANDRES MORALES MONTOYA
Cédula de Ciudadanía
VEREDA SANTA EMILIA
3207571587
Belén de Umbría

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

416994		
SYS		
Visual		
YYY	MM	DD
2023	2	18

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
Cargo:

ISABEL VIVIANA GOMEZ GIRALDO
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

Isabel V. Gómez G.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

[Firma]
FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 5 66088

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Belén de Umbría
SECRETARIA DE SALUD
SALUD TOTAL

Fecha de solicitud de la orden:

2023	2	11
------	---	----

Fecha de expedición de la orden:

2023	2	11
------	---	----

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

ANGIE LORENA OTALVARO RENDON
Cédula de Ciudadanía
CARRERA 9 # 13 - 06
3234374412
Belén de Umbría

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

718762		
SYS		
Intelectual		
2023	2	18

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
Cargo:

ISABEL VIVIANA GOMEZ GIRALDO
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

Isabel V. Gómez

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

[Firma]
FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N°

6 66088

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Belén de Umbría

Nombre de la entidad que emite la orden:

SECRETARIA DE SALUD

EPS:

NUEVA EPS

Fecha de solicitud de la orden:

2023

2

11

Fecha de expedición de la orden:

2023

2

11

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

JUAN ESTEBAN VALENCIA GIL

Tipo de Documento:

Tarjeta de Identidad

Dirección:

CALLE 6 # 7 69

Teléfono:

3132655397

Municipio de residencia:

Belén de Umbría

Correo electrónico:

Representante (si lo requiere):

Teléfono de contacto:

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

830134

IPS Autorizada:

SYS

Tipo de discapacidad:

Visual

Fecha de Certificado de Discapacidad:

2023

2

18

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

No

X

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

No

X

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

No

X

Persona de apoyo

Si

No

X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

ISABEL VIVIANA GOMEZ GIRALDO

Cargo:

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N°

8 66088

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Belén de Umbria
SECRETARIA DE SALUD
NUEVA EPS

Fecha de solicitud de la orden:

2023	2	11
------	---	----

Fecha de expedición de la orden:

2023	2	11
------	---	----

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

GUILLERMO DE JESUS VILLA RESTREPO
Cédula de Ciudadanía
CARRERA 11 # 8-16
3207280527
Belén de Umbria

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:
Fecha de Certificado de Discapacidad:

991951		
SYS		
Múltiple		
2023	2	18

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si

☐

No

X

Si

☐

No

X

Si

☐

No

X

Si

☐

No

X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
Cargo:

ISABEL VIVIANA GOMEZ GIRALDO
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

Isabel V. Gómez G.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

4



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1 66088

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Belén de Umbría

Nombre de la entidad que emite la orden:

SECRETARIA DE SALUD

EPS:

ASMET SALUD

Fecha de solicitud de la orden:

2023

2

8

Fecha de expedición de la orden:

2023

2

8

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

JUAN DIEGO DOMINGUEZ ARANGO

Tipo de Documento:

Cédula de Ciudadanía

Dirección:

VEREDA SANTA ELENA

Teléfono:

3146720686

Municipio de residencia:

Belén de Umbría

Correo electrónico:

Representante (si lo requiere):

Teléfono de contacto:

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

958020

IPS Autorizada:

SYS

Tipo de discapacidad:

Intelectual

Fecha de Certificado de Discapacidad:

2023

2

18

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

No

X

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

No

X

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

No

X

Persona de apoyo

Si

No

X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

ISABEL VIVIANA GOMEZ GIRALDO

Cargo:

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

Isabel Viviana G.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

[Firma]
FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

5



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N°

15 66088

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Belén de Umbria

Nombre de la entidad que emite la orden:

SECRETARIA DE SALUD

EPS:

ASMET SALUD

Fecha de solicitud de la orden:

2023

2

11

Fecha de expedición de la orden:

2023

2

11

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

CARLOS JAVIER CEBALLOS GRANADA

Tipo de Documento:

Cédula de Ciudadanía

Dirección:

BARRIO BUENOS AIRES

Teléfono:

3123779697

Municipio de residencia:

Belén de Umbria

Correo electrónico:

Representante (si lo requiere):

Teléfono de contacto:

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

594193

IPS Autorizada:

SYS

Tipo de discapacidad:

Intelectual

Fecha de Certificado de Discapacidad:

2023

2

18

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

No

X

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

No

X

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

No

X

Persona de apoyo

Si

No

X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

ISABEL VIVIANA GOMEZ GIRALDO

Cargo:

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

Isabel V. Gómez

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

[Firma]
FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

6



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N°

14 66088

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Belén de Umbría
SECRETARIA DE SALUD
ASMET SALUD

Fecha de solicitud de la orden:

2023	2	11
------	---	----

Fecha de expedición de la orden:

2023	2	11
------	---	----

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiere):
Teléfono de contacto:

VIDAL DE JESUS CEBALLOS MARIN
Cédula de Ciudadanía
CALLE 4 # 7 44
3123779697
Belén de Umbría

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

440507
SYS
Visual

Fecha de Certificado de Discapacidad:

2023	2	18
------	---	----

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
Cargo:

ISABEL VIVIANA GOMEZ GIRALDO
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

Isabel V. Gómez G.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 18 66088

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Belén de Umbría
SECRETARIA DE SALUD
ASMET SALUD

Fecha de solicitud de la orden:

2023	2	11
------	---	----

Fecha de expedición de la orden:

2023	2	11
------	---	----

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tio de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiere):
Teléfono de contacto:

DAILY JULIANA ACOSTA SUMALAVE
Tarjeta de Identidad
LOS CISNES # 11 51
3192630884
Belén de Umbría

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:
Fecha de Certificado de Discapacidad:

712097		
SYS		
Física		
2023	2	18

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
Cargo:

ISABEL VIVIANA GOMEZ GIRALDO
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

Isabel V. Gómez G.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

[Firma]
FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 19 66088

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Belén de Umbría
SECRETARIA DE SALUD
NUEVA EPS

Fecha de solicitud de la orden:

YYY	MM	DD
2023	2	11

Fecha de expedición de la orden:

YYY	MM	DD
2023	2	11

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tio de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiere):
Teléfono de contacto:

MARTHA CECILIA SERNA MONTES
Cédula de Ciudadanía
CARRERA 9 # 7 13
3136733505
Belén de Umbría

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

362684
SYS
Auditiva

Fecha de Certificado de Discapacidad:

YYY	MM	DD
2023	2	18

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

☐

No

☒

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

☐

No

☒

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

☐

No

☒

Persona de apoyo

Si

☐

No

☒

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

ISABEL VIVIANA GOMEZ GIRALDO

Cargo:

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

Isabel V. Gomez G.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 23 66088

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Belén de Umbría
SECRETARIA DE SALUD
SALUD TOTAL

Fecha de solicitud de la orden:

YYY	MM	DD
2023	2	11

Fecha de expedición de la orden:

YYY	MM	DD
2023	2	11

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tio de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiere):
Teléfono de contacto:

ADRIANA LUCIA MORALES DREGAMA
Tarjeta de Identidad
CALLE 8 # 9 46
3237376818
Belén de Umbría

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

749718
SYS
Física

Fecha de Certificado de Discapacidad:

YYY	MM	DD
2023	2	18

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si	☐	No	☒
Si	☐	No	☒
Si	☐	No	☒
Si	☐	No	☒

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
Cargo:

ISABEL VIVIANA GOMEZ GIRALDO
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

Isabel V. Gómez

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

[Firma]
FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

10



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 22 66088

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Belén de Umbría
SECRETARIA DE SALUD
ASMET SALUD

Fecha de solicitud de la orden:

YYY	MM	DD
2023	2	11

Fecha de expedición de la orden:

YYY	MM	DD
2023	2	11

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiere):
Teléfono de contacto:

CARLOS DANIEL COY REYES
Cédula de Ciudadanía
VEREDA PUENTE UMBRIA
3229416258
Belén de Umbría

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

625240		
SYS		
Intelectual		
YYY	MM	DD
2023	2	18

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si	☐	No	☒
Si	☐	No	☒
Si	☐	No	☒
Si	☐	No	☒

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
Cargo:

ISABEL VIVIANA GOMEZ GIRALDO
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

Isabel V. Gómez G.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

11



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 24 66088

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Belén de Umbría
SECRETARIA DE SALUD
ASMET SALUD

Fecha de solicitud de la orden:

2023	2	11
------	---	----

Fecha de expedición de la orden:

2023	2	11
------	---	----

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tio de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiere):
Teléfono de contacto:

JUAN GABRIEL RESTREPO PALACIO
Tarjeta de Identidad
CALLE 2 BIS # 15 33
3137641347
Belén de Umbría

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

1047822		
SYS		
Intelectual		
2023	2	18

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

☐

No

X

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

☐

No

X

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

☐

No

X

Persona de apoyo

Si

☐

No

X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

ISABEL VIVIANA GOMEZ GIRALDO

Cargo:

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

Isabel V. Gomez G.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N°

2 66088

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Belén de Umbría
SECRETARIA DE SALUD
NUEVA EPS

Fecha de solicitud de la orden:

YYY	MM	DD
2023	2	11

Fecha de expedición de la orden:

YYY	MM	DD
2023	2	11

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiere):
Teléfono de contacto:

REINEL DE JESUS GAVIRIA OCHOA
Cédula de Ciudadanía
CARRERA 14 # 6-46
3128766446
Belén de Umbría

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

1062655
SYS
Auditiva

Fecha de Certificado de Discapacidad:

YYY	MM	DD
2023	2	18

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si	☐	No	☒
Si	☐	No	☒
Si	☐	No	☒
Si	☐	No	☒

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
Cargo:

ISABEL VIVIANA GOMEZ GIRALDO
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

Isabel V. Gomez

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

[Firma]
FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 4 66088

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Belén de Umbría
SECRETARIA DE SALUD
NUEVA EPS

Fecha de solicitud de la orden:

YYY	MM	DD
2023	2	11

Fecha de expedición de la orden:

YYY	MM	DD
2023	2	11

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tio de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiere):
Teléfono de contacto:

LUIS ALVARO CARDONA CALDERON
Cédula de Ciudadanía
VEREDA BAJO GUARNE
3145577729
Belén de Umbría

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

886032		
SYS		
Visual		
YYY	MM	DD
2023	2	18

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

☐

No

X

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

☐

No

X

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

☐

No

X

Persona de apoyo

Si

☐

No

X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

ISABEL VIVIANA GOMEZ GIRALDO

Cargo:

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

Isabel V. Gómez

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

[Firma]
FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

(14)

**DEPARTAMENTO DE RISARALDA**

Secretaría de salud

GESTIÓN EN SALUD

**GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 7 66088

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Belén de Umbría		
SECRETARIA DE SALUD		
ASMET SALUD		

YYY	MM	DD
2023	2	11

YYY	MM	DD
2023	2	11

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tipo de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiere):

Teléfono de contacto:

EDILSON DE JESUS BALLESTEROS MONTOYA
Cédula de Ciudadanía
VEREDA SIRGUIA
3218072462
Belén de Umbría

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

1088447		
SYS		
Visual		
YYY	MM	DD
2023	2	18

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

☐

No

X

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

☐

No

X

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

☐

No

X

Persona de apoyo

Si

☐

No

X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

ISABEL VIVIANA GOMEZ GIRALDO

Cargo:

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

Isabel V. Gomez

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

15



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 9 66088

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Belén de Umbría
SECRETARIA DE SALUD
ASMET SALUD

Fecha de solicitud de la orden:

2023 2 11

Fecha de expedición de la orden:

2023 2 11

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiere):
Teléfono de contacto:

ORLANDO JIMENEZ GRANADA
Cédula de Ciudadanía
VEREDA ALTURAS
3145870200
Belén de Umbría

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

409895
SYS
Visual

Fecha de Certificado de Discapacidad:

2023 2 18

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si No X
Si No X
Si No X
Si No X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
Cargo:

ISABEL VIVIANA GOMEZ GIRALDO
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

Isabel V. Gomez 26.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

16



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N°

10 66088

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Belén de Umbría
SECRETARIA DE SALUD
ASMET SALUD

Fecha de solicitud de la orden:

YYY	MM	DD
2023	2	11

Fecha de expedición de la orden:

YYY	MM	DD
2023	2	11

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiere):
Teléfono de contacto:

NELLY DEL CARMEN SIERRA ESCOBAR
Cédula de Ciudadanía
VEREDA PATIO BONITO FINCA EL EDEN
3108434994
Belén de Umbría

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

586523
SYS
Física

Fecha de Certificado de Discapacidad:

YYY	MM	DD
2023	2	18

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
Cargo:

ISABEL VIVIANA GOMEZ GIRALDO
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

Isabel V. Gómez G.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

[Firma]
FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 13 66088

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Belén de Umbría
SECRETARIA DE SALUD
ASMET SALUD

Fecha de solicitud de la orden:

YYY	MM	DD
2023	2	11

Fecha de expedición de la orden:

YYY	MM	DD
2023	2	11

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiere):
Teléfono de contacto:

JOHANA ANDREA RAMIREZ MOSQUERA
Cédula de Ciudadanía
COLUMBIA
3209646651
Belén de Umbría

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

596586
SYS
Física

Fecha de Certificado de Discapacidad:

YYY	MM	DD
2023	2	18

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
Cargo:

ISABEL VIVIANA GOMEZ GIRALDO
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

Isabel V. Gomez G.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 11 66088

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Belén de Umbría
SECRETARIA DE SALUD
ASMET SALUD

Fecha de solicitud de la orden:

YYY	MM	DD
2023	2	11

Fecha de expedición de la orden:

YYY	MM	DD
2023	2	11

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiere):
Teléfono de contacto:

GUILLERMO DE JESUS CORTES CARDONA
Cédula de Ciudadanía
CALLE 12 # 11 45
3123252342
Belén de Umbría

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

997696
SYS
Física

Fecha de Certificado de Discapacidad:

YYY	MM	DD
2023	2	18

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si	☐	No	☒
Si	☐	No	☒
Si	☐	No	☒
Si	☐	No	☒

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
Cargo:

ISABEL VIVIANA GOMEZ GIRALDO
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

Isabel V. Gómez G

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

[Firma]
FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 12 66088

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Belén de Umbria
SECRETARIA DE SALUD
NUEVA EPS

Fecha de solicitud de la orden:

2023	2	11
------	---	----

Fecha de expedición de la orden:

2023	2	11
------	---	----

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiere):
Teléfono de contacto:

ADRIAN ANTONIO VALLE SIERRA
Cédula de Ciudadanía
VEREDA LA SELVA
3122444212
Belén de Umbria

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

859648
SYS
Fisica

Fecha de Certificado de Discapacidad:

2023	2	18
------	---	----

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
Cargo:

ISABEL VIVIANA GOMEZ GIRALDO
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

Isabel V. Gómez G.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

[Firma]
FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 16 66088

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITE LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Belén de Umbría
SECRETARIA DE SALUD
ASMET SALUD

Fecha de solicitud de la orden:

2023 2 11

Fecha de expedición de la orden:

2023 2 11

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiere):
Teléfono de contacto:

JUDITH MARIA PEREZ ORTEGA
Cédula de Ciudadanía
FINCA BUENOS AIRES
3114297693
Belén de Umbría

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

683241
SYS
Física

Fecha de Certificado de Discapacidad:

2023 2 18

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:	Si		No	X
Necesidades de apoyo:				
Movilidad	Si		No	X
Comunicación y acceso a la comunicación	Si		No	X
Persona de apoyo	Si		No	X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
Cargo:

ISABEL VIVIANA GOMEZ GIRALDO
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

Isabel V. Gomez G.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 17 66088

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Belén de Umbría
SECRETARIA DE SALUD
NUEVA EPS

Fecha de solicitud de la orden:

2023	2	11
------	---	----

Fecha de expedición de la orden:

2023	2	11
------	---	----

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tio de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiere):
Teléfono de contacto:

ALEXIS LONDOÑO BOLIVAR
Cédula de Ciudadanía
FINCA BUENOS AIRES
3216058035
Belén de Umbría

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

1024694		
SYS		
Auditiva		
2023	2	18

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
Cargo:

ISABEL VIVIANA GOMEZ GIRALDO
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

Isabel V. Gomez G.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 21 66088

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Belén de Umbría
SECRETARIA DE SALUD
NUEVA EPS

Fecha de solicitud de la orden:

2023	2	11
------	---	----

Fecha de expedición de la orden:

2023	2	11
------	---	----

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiere):
Teléfono de contacto:

PEDRO ANTONIO MONTES GALEANO
Cédula de Ciudadanía
VEREDA LA GARRUCHA
3135315132
Belén de Umbría

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

458545
SYS
Física

Fecha de Certificado de Discapacidad:

2023	2	18
------	---	----

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
Cargo:

ISABEL VIVIANA GOMEZ GIRALDO
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

Isabel V. Gómez G.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 20 66088

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Belén de Umbría		
SECRETARIA DE SALUD		
ASMET SALUD		

Fecha de solicitud de la orden:

YYY	MM	DD
2023	2	11

Fecha de expedición de la orden:

YYY	MM	DD
2023	2	11

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiere):
Teléfono de contacto:

BERTA OLIVA SUAZA RIVERA
Cédula de Ciudadanía
CLL 7 N 9-54
3105017540
Belén de Umbría

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

626004		
SYS		
Física		
YYY	MM	DD
2023	2	18

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

☐

No

X

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

☐

No

X

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

☐

No

X

Persona de apoyo

Si

☐

No

X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

ISABEL VIVIANA GOMEZ GIRALDO

Cargo:

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

Isabel V. Gómez G.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

24



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Secretaría de salud

GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N°

25 66088

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Belén de Umbría

Nombre de la entidad que emite la orden:

SECRETARIA DE SALUD

EPS:

ASMET SALUD

Fecha de solicitud de la orden:

2023

2

11

Fecha de expedición de la orden:

2023

2

11

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

GILDARDO LAMUNDIA MORALES

Tipo de Documento:

Cédula de Ciudadanía

Dirección:

LA FLORIDA

Teléfono:

3145653306

Municipio de residencia:

Belén de Umbría

Correo electrónico:

Representante (si lo requiriere):

Teléfono de contacto:

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

885938

IPS Autorizada:

SYS

Tipo de discapacidad:

Física

Fecha de Certificado de Discapacidad:

2023

2

18

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

No

X

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

No

X

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

No

X

Persona de apoyo

Si

No

X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

ISABEL VIVIANA GOMEZ GIRALDO

Cargo:

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 27 66088

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Belén de Umbría		
SECRETARIA DE SALUD		
ASMET SALUD		

Fecha de solicitud de la orden:

YYY	MM	DD
2023	2	11

Fecha de expedición de la orden:

YYY	MM	DD
2023	2	11

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

SAMUEL CASTRO ZAPATA
Registro Civil de Nacimiento
PLAN DE VIVIENDA TAPARCAL CASA 4 BLOQUE 4 LOS ALPES
3113164282
Belén de Umbría

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

1036451		
SYS		
Intelectual		
YYY	MM	DD
2023	2	18

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
Cargo:

ISABEL VIVIANA GOMEZ GIRALDO
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

Isabel V. Gómez

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

[Firma]
FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 26 66088

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Belén de Umbría
SECRETARIA DE SALUD
NUEVA EPS

Fecha de solicitud de la orden:

YYY	MM	DD
2023	2	11

Fecha de expedición de la orden:

YYY	MM	DD
2023	2	11

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

ALBA DORIS CASTAÑO CARDONA
Cédula de Ciudadanía
BARRIO OBRERO
3137353400
Belén de Umbría

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

643511		
SYS		
Múltiple		
YYY	MM	DD
2023	2	18

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

☐

No

X

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

☐

No

X

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

☐

No

X

Persona de apoyo

Si

☐

No

X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

ISABEL VIVIANA GOMEZ GIRALDO

Cargo:

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

Isabel V. Gomez G.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

127



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N°

29 66088

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Belén de Umbría

Nombre de la entidad que emite la orden:

SECRETARIA DE SALUD

EPS:

NUEVA EPS

Fecha de solicitud de la orden:

YY

MM

DD

2023

2

11

Fecha de expedición de la orden:

YY

MM

DD

2023

2

11

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

ASAE DE JESUS VASQUEZ

Tio de Documento:

Cédula de Ciudadanía

Dirección:

TRANSVERSAL 9 # 7 19

Teléfono:

3207839112

Municipio de residencia:

Belén de Umbría

Correo electrónico:

Representante (si lo requiere):

Teléfono de contacto:

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

974816

IPS Autorizada:

SYS

Tipo de discapacidad:

Visual

Fecha de Certificado de Discapacidad:

YY

MM

DD

2023

2

18

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

No

X

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

No

X

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

No

X

Persona de apoyo

Si

No

X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

ISABEL VIVIANA GOMEZ GIRALDO

Cargo:

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

Isabel V. Gómez G

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 28 66088

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Belén de Umbría
SECRETARIA DE SALUD
ASMET SALUD

Fecha de solicitud de la orden:

2023 2 11

Fecha de expedición de la orden:

2023 2 11

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tio de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiere):
Teléfono de contacto:

JUDILIA DIAZ CEDANO
Cédula de Ciudadanía
PINAR DEL RIO
3227576966
Belén de Umbría

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

853865
SYS
Visual

Fecha de Certificado de Discapacidad:

2023 2 18

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si No X

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si No X

Comunicación y acceso a la comunicación

Si No X

Persona de apoyo

Si No X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

ISABEL VIVIANA GOMEZ GIRALDO

Cargo:

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

Isabel V. Gómez

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 29 66088

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Belén de Umbría
SECRETARIA DE SALUD
ASMET SALUD

Fecha de solicitud de la orden:

YYY	MM	DD
2023	2	11

Fecha de expedición de la orden:

YYY	MM	DD
2023	2	11

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

WILLIAM DE JESUS GRANADA MORALES
Cédula de Ciudadanía
COLISEO
3218546721
Belén de Umbría

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:
Fecha de Certificado de Discapacidad:

802489		
SYS		
Física		
YYY	MM	DD
2023	2	18

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad:
Comunicación y acceso a la comunicación:
Persona de apoyo:

Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
Cargo:

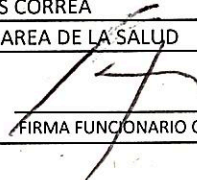
ISABEL VIVIANA GOMEZ GIRALDO
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

Isabel V. Gómez

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

60635284H

 Gobernación de RISARALDA Sentimiento de Todos	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022
ORDEN N° 3 66170	
1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN	
Municipio donde es emitida la orden:	Dosquebradas
Nombre de la entidad que emite la orden:	Secretaría de Salud y Seguridad Social
EPS:	Asmet Salud
Fecha de solicitud de la orden:	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 2023 1 4 </div>
Fecha de expedición de la orden:	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 2023 1 10 </div>
2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA	
Nombre completo:	MARTHA INES SANTA CATAÑO
Tipo de Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número de Documento:	42063424
Dirección:	Barrio el Japon, Manzana 22, casa 01
Teléfono:	3127973324
Municipio de residencia:	Dosquebradas
Correo electrónico:	
Representante (si lo requiriere):	
Teléfono de contacto:	6063507567
3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:	
Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)	783940
IPS Autorizada:	Seguridad y Salud en el trabajo SyS
Datos de contacto	EUGENIO OCAMPO PIEDRAHITA
Teléfono:	3168773851
Tipo de discapacidad:	Física
4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)	
Fuente de financiación:	Recursos Ministerio
El usuario requiere consulta domiciliaria:	<div>Si </div> <div>No x</div>
Necesidades de apoyo:	
Movilidad	<div>Si </div> <div>No x</div>
Comunicación y acceso a la comunicación	<div>Si </div> <div>No x</div>
Persona de apoyo	<div>Si x</div> <div>No </div>
Observaciones:	
5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:	
Nombre:	LEIDY JOHANA TREJOS CORREA
Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD
 FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.	 FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

Copy 1.16

793940



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-NOV-1960
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

04-MAR-1981 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Albino
REGISTRADORA NACIONAL
ALFABETIZADA RENDIJO LOPEZ



A-2402500-54148451-F-0042063424-20060412-0263905101A 02 186535053

3507567

3127973324

El Japón
22a 01

Asmet sub

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 42.063.424

SANTA CATANO
APellidos

MARTHA INES
Nombres

Martha Ines Santa Catano
FIRMA



**DEPARTAMENTO DE RISARALDA**

Secretaría de salud

GESTIÓN EN SALUD

**GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N°

4 66170

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Dosquebradas

Secretaria de Salud y Seguridad Social

Suramericana

Fecha de solicitud de la orden:

2023

1

4

Fecha de expedición de la orden:

2023

1

10

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Número de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiere):
Teléfono de contacto:

AURA MARÍA VELEZ TRUJILLO

Cédula de Ciudadanía

1088241597

Barrio Santiago Londoño, Manzana 7, casa 12

3155715002

Dosquebradas

Martha Lucia Trujillo

3167179571

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Datos de contacto
Teléfono:
Tipo de discapacidad:

1002629

Seguridad y Salud en el trabajo SyS

EUGENIO OCAMPO PIEDRAHITA

3168773851

Auditiva

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si

No

x

Si

No

x

Si

No

x

Si

No

x

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

LEIDY JOHANA TREJOS CORREA

Cargo:

PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

2

17. *Ampleh*
1002629

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.088.241.597

VELEZ TRUJILLO
APELLIDOS

AURA MARIA
NOMBRES

EL
NO

FIRMA

2-12-21



3155713002
367179571
M27CS12
Santiago
10nd
medimas
sub.
Martha Lucia
Trujillo
(madre)

FECHA DE NACIMIENTO 22-AGO-1986
PEREIRA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

23-AGO-2004 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADORA NACIONAL
ALBADEATRIZ BENOITO LOPEZ



P-2400100-70130833-F-1088241597-20041012 00129 04285H 01 170143282

4) aura maria Velez Trujillo / foto B

**DEPARTAMENTO DE RISARALDA**

Secretaría de salud

GESTIÓN EN SALUD**GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 6 66170

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:	Dosquebradas
Nombre de la entidad que emite la orden:	Secretaría de Salud y Seguridad Social
EPS:	Salud total
Fecha de solicitud de la orden:	YYY MM DD 2023 1 4
Fecha de expedición de la orden:	YYY MM DD 2023 1 10

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:	JUAN SEBASTIAN GUTIERREZ SANCHEZ
Tipo de Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número de Documento:	1030595836
Dirección:	Barrio Los Alpes, Manzana 1, casa 1
Teléfono:	3178220368
Municipio de residencia:	Dosquebradas
Correo electrónico:	
Representante (si lo requiere):	Lupe Sanchez
Teléfono de contacto:	3105197953

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)	696774
IPS Autorizada:	Seguridad y Salud en el trabajo SyS
Datos de contacto	EUGENIO OCAMPO PIEDRAHITA
Teléfono:	3168773851
Tipo de discapacidad:	Intelectual

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:	Recursos Ministerio		
El usuario requiere consulta domiciliaria:	Si	☐	No ☒
Necesidades de apoyo:			
Movilidad	Si	☐	No ☒
Comunicación y acceso a la comunicación	Si	☐	No ☒
Persona de apoyo	Si	☒	No ☐

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:	LEIDY JOHANA TREJOS CORREA
Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

019
696.774


INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-JUN-1991
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.78 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
31-JUL-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sanchez Torres*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES


A-1500150-00715109-M-1030595836-20150613 0044506033A 1 43847875

3778220368
3105197953
los Alps m21 Cs 1
Venos 1
medimas
sub.
lupe sanches²
(mamá).

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.030.595.836
GUTIERREZ SANCHEZ

APELLIDOS
JUAN SEBASTIAN

NOMBRES
JUAN SEBASTIAN
FIRMA





DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Secretaría de salud

GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° - 66170

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Dosquebradas

Nombre de la entidad que emite la orden:

Secretaría de Salud y Seguridad Social

EPS:

Suramericana

Fecha de solicitud de la orden:

2023

1

4

Fecha de expedición de la orden:

2023

1

4

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

MATEO MOLINA RIVERA

Tipo de Documento:

Registro Civil de Nacimiento

Número de Documento:

1089639119

Dirección:

Manzana 6, casa 6 Tulipanes

Teléfono:

3164829214

Municipio de residencia:

Dosquebradas

Correo electrónico:

larmedic2@gmail.com

Representante (si lo requiere):

Larry Donny Molina Cabezas

Teléfono de contacto:

3164535412

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

951025

IPS Autorizada:

Seguridad y Salud en el trabajo SyS

Datos de contacto

EUGENIO OCAMPO PIEDRAHITA

Teléfono:

3168773851

Tipo de discapacidad:

Múltiple

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

No

x

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

No

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

No

Persona de apoyo

Si

No

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

LEIDY JOHANA TREJOS CORREA

Cargo:

PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

④

951025

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVILREGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTOIndicativo
Serial

59967736

NUPI

1089639119

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

 Registraduría ☐ Notaría ☒ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código M Y V

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - RISARALDA - PEREIRA NOTARIA 5 PEREIRA * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido MOLINA * * * * * Segundo Apellido RIVERA * * * * *

Nombre(s) MATEO * * * * *

Fecha de nacimiento Año 2 0 1 9 Mes J U L Día 2 3 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo O Portar RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/a Inspección) COLOMBIA - RISARALDA - PEREIRA * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *

Número certificado de nacido vivo

15133875-2 * * * *

 Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos

RIVERA BENITEZ ALBA YULI * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 1088002895 * * * * *

Nacionalidad

COLOMBIA * * * * *

 Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos

MOLINA CABEZAS LARRY DONNY * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 87940903 * * * * *

Nacionalidad

COLOMBIA * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MOLINA CABEZAS LARRY DONNY * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 87940903 * * * * *

Firma

Larry Molina Cabezas

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

Año 2 0 1 9 Mes J U L Día 2 5

Nombre y firma del funcionario que autoriza

FERNANDO CHICA RIOS

Nombre y firma

Notaría Quindío

Notaría Quindío

3 Mateo Molina Rivera / foto 20

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Secretaría de salud

GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 5 66170

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Dosquebradas

Nombre de la entidad que emite la orden:

Secretaría de Salud y Seguridad Social

EPS:

Salud total

Fecha de solicitud de la orden:

2023

1

4

Fecha de expedición de la orden:

2023

1

4

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

ELVIA DANIELA MENA SCARPETA

Tipo de Documento:

Cédula de Ciudadanía

Número de Documento:

1088036535

Dirección:

Barrio Primavera Azul, Manzana 13, casa 49

Teléfono:

3146936041

Municipio de residencia:

Dosquebradas

Correo electrónico:

Representante (si lo requiere):

Luz Stella Scarpeta

Teléfono de contacto:

3217178151

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

640022

IPS Autorizada:

Seguridad y Salud en el trabajo Sys

Datos de contacto

EUGENIO OCAMPO PIEDRAHITA

Teléfono:

3168773851

Tipo de discapacidad:

Auditiva

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

No

x

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

No

x

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

No

x

Persona de apoyo

Si

No

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

LEIDY JOHANA TREJOS CORREA

Cargo:

PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

18 640022

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.088.036.535

MENA SCARPETA

APELLIDOS

ELVIA DANIELA

NOMBRES

Elvia Daniela M

FIRMA



3146936041

3217178151

MZ 13 Cs 4a

Primavera
Azul

Salud Total
Conti.

102 stella Escapeta
(madre)



INDICE DERECHO

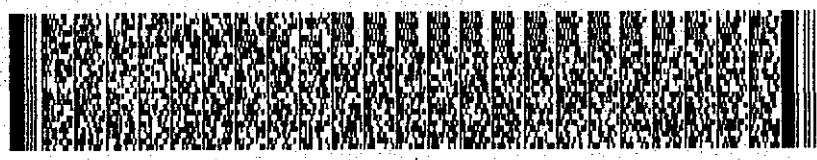
FECHA DE NACIMIENTO 02-DIC-1998
DOSQUEBRADAS
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 O+

ESTATURA G.S. RH SEXO
23-ENE-2017 DOSQUEBRADAS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



A-2402500-00950937-F-1088036535-20171101 0058329657A 1 1254685867

S Elvia Daniela Mena Scarpeta / 12 fono 2



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Secretaría de salud

GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° - 66170

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Dosquebradas

Nombre de la entidad que emite la orden:

Secretaria de Salud y Seguridad Social

EPS:

Suramericana

Fecha de solicitud de la orden:

YYY MM DD
2023 1 4

Fecha de expedición de la orden:

YYY MM DD
2023 1 10

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

ROSA ELVIRA BEDOYA DE MOTATO

Tipo de Documento:

Cédula de Ciudadanía

Número de Documento:

25078354

Dirección:

Manz 12, casa 21 Frailes

Teléfono:

3178461709

Municipio de residencia:

Dosquebradas

Correo electrónico:

Representante (si lo requiere):

Teléfono de contacto:

3207116966

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

795292

IPS Autorizada:

Seguridad y Salud en el trabajo SyS

Datos de contacto

EUGENIO OCAMPO PIEDRAHITA

Teléfono:

3168773851

Tipo de discapacidad:

Psicosocial

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

No

x

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

No

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

No

Persona de apoyo

Si

No

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

LEIDY JOHANA TREJOS CORREA

Cargo:

PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

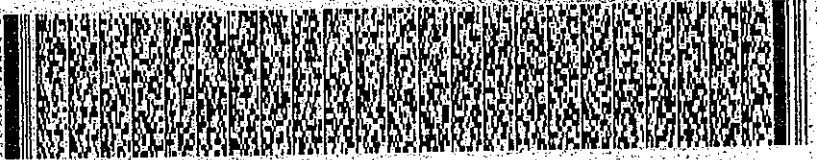
6

9915292

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
25.078.354
NUMERO
BEDOYA DE MOTATO
APELLIDOS
ROSA ELVIRA
NOMBRES
Rosa Elvira Bedoya
Firma



FECHA DE NACIMIENTO 01-DIC-1960
LA PINTADA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
12-MAY-1980 RISARALDA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VAHA



A-2402500-54158672-F-0025078354-20070713 0203807194A 02 223387636

9 Rosa elvira Bedoya De motato / Foto 20



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Secretaría de salud

GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N°

- 66170

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Dosquebradas

Nombre de la entidad que emite la orden:

Secretaria de Salud y Seguridad Social

EPS:

Sanitas

Fecha de solicitud de la orden:

2023

1

4

Fecha de expedición de la orden:

2023

1

4

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

JUAN JOSE OCHOA ALVARADO

Tipo de Documento:

Tarjeta de Identidad

Número de Documento:

1089099772

Dirección:

Tranv 21, diagonal 28 Barrio la Pradera

Teléfono:

3177548623

Municipio de residencia:

Dosquebradas

Correo electrónico:

Representante (si lo requiere):

Elizabeth Alvarado

Teléfono de contacto:

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

917251

IPS Autorizada:

Seguridad y Salud en el trabajo SyS

Datos de contacto

EUGENIO OCAMPO PIEDRAHITA

Teléfono:

3168773851

Tipo de discapacidad:

Múltiple

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

No

x

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

No

x

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

No

Persona de apoyo

Si

No

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

LEIDY JOHANA TREJOS CORREA

Cargo:

PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

7

917251

FECHA DE NACIMIENTO 27-NOV-2007
PEREIRA
 (RISARALDA)
 LUGAR DE NACIMIENTO
 27-NOV-2025
 FECHA DE VENCIMIENTO
 09-DIC-2014 DOSQUEBRADAS
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
 A+ M
 G S RH SEXO
 REGISTRO NACIONAL
 CARLOS PAUL SANCHEZ TORRES
 INDICE DERECHO
 P-2402500-00662531-41-1069099772-20150127 0042575689A 2 41704244

REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 TARJETA DE IDENTIDAD
 NUMERO 1.089.099.772
OCHOA ALVARADO
 APELLIDOS
JUAN JOSE
 NOMBRES
 FIRMA

EPS Sanitas www.epssanitas.com
 El afiliado registrado en este carné está exento del cobro de cuotas moderadoras o copagos. Este carné debe ser presentado por el titular del mismo al momento de hacer uso de los servicios autorizados en la red de instituciones y profesionales adscritas a EPS Sanitas y para reclamar medicamentos.
 Para mayor información comuníquese con la línea de atención Fonosanitas: 3759000 en Bogotá o al 0180000919100 para el resto del país.
 Codensa s.a. varacodensa

EPS Sanitas
JUAN JOSE OCHOA ALVARADO
 DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN TI 1089099772
 NO. AFILIACIÓN 5247065
 AFILIADO
 VÁLIDO HASTA VITALICIO
 DISCAPACIDAD SI

Carné discapacidad
 1. Este carné es de uso personal e intransferible
 2. Para la seguridad de datos se recomienda portar en un lugar visible
 3. En caso de pérdida reportar inmediatamente
 4. Con este carné puede tener acceso a las instalaciones de: Laguito Pradera - Club Adulto Mayor
 MUNICIPIO DE DOSQUEBRADAS

Programa Discapacidad
Juan Jose Ochoa Alvarado
 Nombres y apellidos
 1089099772
 No. de Cédula - RH
 3197548623
 En caso de emergencia
 Multiple
 Discapacidad
 00211
 Secretaría de Desarrollo Social y Político





DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 14 66170

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:	Dosquebradas
Nombre de la entidad que emite la orden:	Secretaría de Salud y Seguridad Social
EPS:	Nueva Eps
Fecha de solicitud de la orden:	2023 1 4
Fecha de expedición de la orden:	2023 1 4

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:	DIEGO ARMANDO CASTRILLON PEREZ
Tipo de Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número de Documento:	1088279456
Dirección:	Calle 7 # 26-52, Barrio Japon
Teléfono:	3146406240
Municipio de residencia:	Dosquebradas
Correo electrónico:	
Representante (si lo requiere):	Luz María Perez
Teléfono de contacto:	3113699463

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)	366501
IPS Autorizada:	Seguridad y Salud en el trabajo SyS
Datos de contacto	EUGENIO OCAMPO PIEDRAHITA
Teléfono:	3168773851
Tipo de discapacidad:	Múltiple

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:	Recursos Ministerio
El usuario requiere consulta domiciliaria:	Si ☐ No ☒
Necesidades de apoyo:	Si ☐ No ☒
Movilidad	Si ☒ No ☐
Comunicación y acceso a la comunicación	Si ☒ No ☐
Persona de apoyo	Si ☒ No ☐

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:	LEIDY JOHANA TREJOS CORREA
Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD
FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.	FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

8

Conf

31

266501

1

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.088.279.456

CASTRILLON PEREZ

APELLIDOS

DIEGO ARMANDO

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



3146406240

3113699463

Japon 11107 #262

Nueva EPS

cont.

102 Maria Perez

mama

30295141

listadeespera
14-12-21



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-JUN-1990

MANIZALES
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

13-JUN-2008 PEREIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-2400100-00159802-M-1088279456-20090621

0012734040A 1

24939098

16/10/00 32



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Secretaría de salud

GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 16 66170

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Dosquebradas

Nombre de la entidad que emite la orden:

Secretaría de Salud y Seguridad Social

EPS:

Nueva Eps

Fecha de solicitud de la orden:

YYY

MM

DD

2023

1

4

Fecha de expedición de la orden:

YYY

MM

DD

2023

1

4

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

SARA CASTAÑO ESCOBAR

Tipo de Documento:

Tarjeta de Identidad

Número de Documento:

1088024448

Dirección:

Carrera 22 # 9-67, Barrio Japon

Teléfono:

3207846832

Municipio de residencia:

Dosquebradas

Correo electrónico:

Representante (si lo requiere):

Luz stella Marín Ramírez

Teléfono de contacto:

3226596738

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

696481

IPS Autorizada:

Seguridad y Salud en el trabajo Sys

Datos de contacto

EUGENIO OCAMPO PIEDRAHITA

Teléfono:

3168773851

Tipo de discapacidad:

Intelectual

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

No

x

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

No

x

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

No

Persona de apoyo

Si

No

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

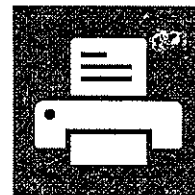
LEIDY JOHANA TREJOS CORREA

Cargo:

PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



Página de prueba de la impresora de Windows

Instaló correctamente su RICOH IM 600 PCL 6 en DESKTOP-0I7NB6R.

PROPIEDADES DE LA IMPRESORA

Hora de envío: 3:29:31 p. m.
Fecha: 10/01/2023
Nombre de usuario: DESKTOP-0I7NB6R\Tecnologia
Nombre del equipo: DESKTOP-0I7NB6R
Nombre de impresora: RICOH IM 600 PCL 6
Modelo de impresora: RICOH IM 600 PCL 6
Compatibilidad de color: No
Nombre(s) de puerto: IP_192.168.20.133
Formato de datos: RAW
Procesador de impresión: winprint
Comentario: PCL6 Driver (For Windows)
Entorno de SO: Windows x64

PROPIEDADES DE CONTROLADOR DE IMPRESIÓN

Nombre del controlador: RICOH IM 600 PCL 6
Tipo de controlador: Tipo 3: modo usuario
Versión del controlador: 1.56.0.0

ARCHIVOS DE CONTROLADOR DE IMPRESORA ADICIONALES

C:\Windows\system32\spool\DRIVERS\x64\3\rica7Tui.irj
C:\Windows\system32\spool\DRIVERS\x64\3\rica7Tui.rdj
C:\Windows\system32\spool\DRIVERS\x64\3\rica7Tui.rcf
C:\Windows\system32\spool\DRIVERS\x64\3\rica7Tug.dll
C:\Windows\system32\spool\DRIVERS\x64\3\rica7Tug.miz
C:\Windows\system32\spool\DRIVERS\x64\3\rica7Tur.dll
C:\Windows\system32\spool\DRIVERS\x64\3\rica7Tgl.dll
C:\Windows\system32\spool\DRIVERS\x64\3\rica7Tci.dll
C:\Windows\system32\spool\DRIVERS\x64\3\rica7Tcd.dll
C:\Windows\system32\spool\DRIVERS\x64\3\rica7Tcf.cfz
C:\Windows\system32\spool\DRIVERS\x64\3\rica7Tcl.ini
C:\Windows\system32\spool\DRIVERS\x64\3\rica7Tcz.dlz
C:\Windows\system32\spool\DRIVERS\x64\3\rica7Tcj.dll
C:\Windows\system32\spool\DRIVERS\x64\3\rica7Tct.dll
C:\Windows\system32\spool\DRIVERS\x64\3\rica7Tcb.dll
C:\Windows\system32\spool\DRIVERS\x64\3\rica7Ttl.exe
...



9243

COMPLETA
8/12/21

Recibido
lista de espera 2021
20-12-21



- Cra 22 # 967
Barrio El Japon Dosquebradas

- 3207846882
3226596738

medimas
contributivo

02/12/2021

13/ folios 32



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Secretaría de salud

GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 20 66170

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Dosquebradas

Nombre de la entidad que emite la orden:

Secretaría de Salud y Seguridad Social

EPS:

Salud total

Fecha de solicitud de la orden:

YYY MM DD
2023 1 4

Fecha de expedición de la orden:

YYY MM DD
2023 1 10

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

GERMAN RENDON CASTAÑO

Tipo de Documento:

Cédula de Ciudadanía

Número de Documento:

18597848

Dirección:

Calle 31 # 7-39, Barrio Santa Teresita

Teléfono:

3243482712

Municipio de residencia:

Dosquebradas

Correo electrónico:

Representante (si lo requiere):

JAIRON RENDON

Teléfono de contacto:

3006273543

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

703716

IPS Autorizada:

Seguridad y Salud en el trabajo SyS

Datos de contacto

EUGENIO OCAMPO PIEDRAHITA

Teléfono:

3168773851

Tipo de discapacidad:

Múltiple

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliar:

Si

No

x

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

No

x

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

No

Persona de apoyo

Si

No

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

LEIDY JOHANA TREJOS CORREA

Cargo:

PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

10

703716

1.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **18.597.848**

RENDON CASTANO

APELLIDOS
GERMAN

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **27-FEB-1973**

CHINCHINA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69
ESTATURA

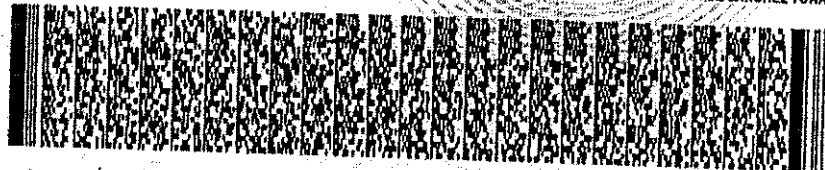
O+
G.S. RH

M
SEXO

24-MAY-1991 SANTA ROSA DE CABAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-0903400-00071724-M-0018597848-20080917 0003383818A 1 4820007516

**DEPARTAMENTO DE RISARALDA**

Secretaría de salud

GESTIÓN EN SALUD

**GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N°

- 66170

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Dosquebradas

Nombre de la entidad que emite la orden:

Secretaría de Salud y Seguridad Social

EPS:

Salud total

Fecha de solicitud de la orden:

YYY MM DD
2023 1 4

Fecha de expedición de la orden:

YYY MM DD
2023 1 4**2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA**

Nombre completo:

GLORIA PATRICIA ZAPATA CEBALLOS

Tipo de Documento:

Cédula de Ciudadanía

Número de Documento:

42006321

Dirección:

Calle 47 # 15 a 17, Barrio Los Naranjos

Teléfono:

3193996335

Municipio de residencia:

Dosquebradas

Correo electrónico:

Representante (si lo requiere):

Teléfono de contacto:

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

557403

IPS Autorizada:

Seguridad y Salud en el trabajo SyS

Datos de contacto

EUGENIO OCAMPO PIEDRAHITA

Teléfono:

3168773851

Tipo de discapacidad:

Auditiva

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

No

x

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

No

x

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

No

Persona de apoyo

Si

No

x

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

LEIDY JOHANA TREJOS CORREA

Cargo:

PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

11

10 55 7403

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **42.006.321**

ZAPATA CEBALLOS

APELLIDOS

GLORIA PATRICIA

NOMBRES

Gloria P Zapata C

FIRMA



Direccion Cile 47 #15A17 P.2
Los naranjos Dos/das

Tel: 319 399 6335

EPS: salud total

mensaje
texto.



FECHA DE NACIMIENTO **23-OCT-1967**

ANSERMA
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 **A-** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

09-DIC-1985 DOSQUEBRADAS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2402500-00209685-F-0042006321-20100119 0020133148A 1 30477913

201 f4047

lista espera 2022
21-12-21



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Secretaría de salud

GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N°

15

66170

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Dosquebradas

Nombre de la entidad que emite la orden:

Secretaría de Salud y Seguridad Social

EPS:

Nueva Eps

Fecha de solicitud de la orden:

YYY

MM

DD

2023

1

4

Fecha de expedición de la orden:

YYY

MM

DD

2023

1

4

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

LEIDY JOHANA RUIZ LOPEZ

Tipo de Documento:

Cédula de Ciudadanía

Número de Documento:

1094916757

Dirección:

Manz 38, casa 18, Barrio Bombay

Teléfono:

3145917780

Municipio de residencia:

Dosquebradas

Correo electrónico:

Representante (si lo requiere):

Teléfono de contacto:

6063166810

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

486098

IPS Autorizada:

Seguridad y Salud en el trabajo SyS

Datos de contacto

EUGENIO OCAMPO PIEDRAHITA

Teléfono:

3168773851

Tipo de discapacidad:

Auditiva

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

No

x

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

No

x

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

No

Persona de apoyo

Si

No

x

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

LEIDY JOHANA TREJOS CORREA

Cargo:

PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

5

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.094.916.757**

RUIZ LOPEZ
APELLIDOS

LEIDY JOHANNA
NOMBRES

Leidy Johanna
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-OCT-1990**

GENOVA
(QUINDIO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

04-DIC-2008 **ARMENIA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-2600100-00159535-F-1094916757-20090618 0012616594A 1 24874377

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N° 33 66170

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:	Dosquebradas
Nombre de la entidad que emite la orden:	Secretaría de Salud y Seguridad Social
EPS:	

Fecha de solicitud de la orden: 2023 1 12

Fecha de expedición de la orden: 2023 1 12

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:	EDWIN GUILLERMO CORREDOR RIAÑOS
Tio de Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número de Documento:	18523489
Dirección:	Manzana 22 casa 7 Barrio Bombay III
Teléfono:	3218016444
Municipio de residencia:	Dosquebradas
Correo electrónico:	lizcethryby01@gmail.com
Representante (si lo requiriere):	lizceth riaños
Teléfono de contacto:	

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)	847817
IPS Autorizada:	Seguridad y Salud en el trabajo SyS
Datos de contacto	EUGENIO OCAMPO PIEDRAHITA
Teléfono:	3168773851
Tipo de discapacidad:	Intelectual

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:	Recursos Ministerio		
El usuario requiere consulta domiciliaria:	Si	☐	No ☒
Necesidades de apoyo:			
Movilidad	Si	☐	No ☒
Comunicación y acceso a la comunicación	Si	☒	No ☐
Persona de apoyo	Si	☒	No ☐

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:	Leidy Johana Trejos Correa
Cargo:	Profesional Universitario Area Salud

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 18.523.489

CORREDOR RIAÑOS
APELLIDOS

EDWIN GUILLERMO
NOMBRES

NO FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-DIC-1984

LA CEJA
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

02-JUL-2003 DOSQUEBRADAS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMADEATHBENCIPOLLOEE



P-2402500-54118231-44-0018523489-20040114

0168404014A 02 143481682

Bombay 3 num 22 0009 7

3218016444

num: Lizeth

Lizethruby01@gmail.com



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Secretaría de salud

GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 13 66170

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Dosquebradas

Nombre de la entidad que emite la orden:

Secretaria de Salud y Seguridad Social

EPS:

Asmet salud

Fecha de solicitud de la orden:

YYY MM DD
2023 1 4

Fecha de expedición de la orden:

YYY MM DD
2023 1 4

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

EIDER EFREN MORENO DIMATE

Tipo de Documento:

Cédula de Ciudadanía

Número de Documento:

3154755

Dirección:

Manz 6, casa 12 agua azul

Teléfono:

3138008292

Municipio de residencia:

Dosquebradas

Correo electrónico:

Representante (si lo requiriere):

Teléfono de contacto:

3143836501

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

712261

IPS Autorizada:

Seguridad y Salud en el trabajo SyS

Datos de contacto

EUGENIO OCAMPO PIEDRAHITA

Teléfono:

3168773851

Tipo de discapacidad:

Intelectual

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

No

x

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

No

x

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

No

Persona de apoyo

Si

No

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

LEIDY JOHANA TREJOS CORREA

Cargo:

PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

14

29

7.12 261



FECHA DE NACIMIENTO 26-MAR-1968

SAN BERNARDO
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.83

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

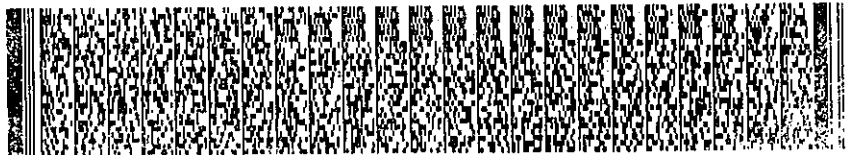
SEXO

20-AGO-1986 SAN BERNARDO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1509400-00477170-M-0003154755-20130928

0035144038A 1

1752509830

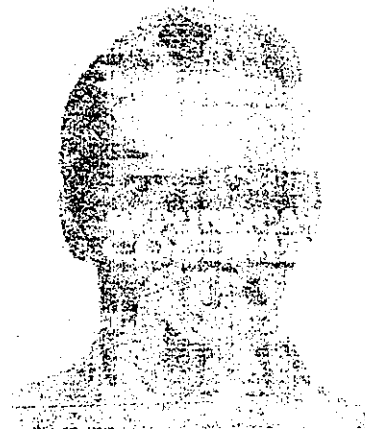
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 3.154.755
MORENO DIMATE

APELLIDOS
EIDER EFREN

NOMBRES

[Signature]



15/ Feb 009.

3138008292 14-12-21
3143836501 2
Agua azul no
M26 Es 12a. mano
(medinas) metrop
convida
Subsi

Carné discapacidad Priorizar.

1. Este carné es de uso personal e intransferible
2. Para la seguridad de datos se recomienda portar en un lugar visible
3. En caso de pérdida, reportar inmediatamente
4. Con este carné puede tener ingreso a las instalaciones de: Lago La Pradera - Club Adulto Mayor



Programa Discapacidad

Eidel Efrén Moreno

Nombres y apellidos

3154755

OT

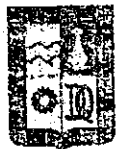
No. de Cédula Rh

3138008292

En caso de emergencia

00522

Mental (esquizofrenia)
Discapacidad



MUNICIPIO DE
DOSQUEBRADAS



Secretaría de Desarrollo Social y Político

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N° 10 66170

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:	Dosquebradas
Nombre de la entidad que emite la orden:	Secretaría de Salud y Seguridad Social
EPS:	Nueva Eps
Fecha de solicitud de la orden:	2023 1 4
Fecha de expedición de la orden:	2023 1 4

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:	JHONNIER STIVEN SALAZAR MORALES
Tipo de Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número de Documento:	1088010950
Dirección:	Cra 23 # 9-13
Teléfono:	3234395509
Municipio de residencia:	Dosquebradas
Correo electrónico:	
Representante (si lo requiriere):	
Teléfono de contacto:	

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)	328819
IPS Autorizada:	Seguridad y Salud en el trabajo SyS
Datos de contacto	EUGENIO OCAMPO PIEDRAHITA
Teléfono:	3168773851
Tipo de discapacidad:	Auditiva

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:	Recursos Ministerio
El usuario requiere consulta domiciliaria:	Si ☐ No ☒
Necesidades de apoyo:	
Movilidad	Si ☐ No ☒
Comunicación y acceso a la comunicación	Si ☒ No ☐
Persona de apoyo	Si ☐ No ☒

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

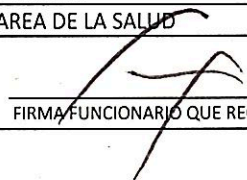
Nombre:	LEIDY JOHANA TREJOS CORREA
Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

 <p>Gobernación de RISARALDA Sentimiento de Todos</p>	<p>DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD</p> <p>GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD</p>
Version: 0	Vigencia 08-2022
ORDEN N° 110 66170	
1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN	
Municipio donde es emitida la orden:	Dosquebradas
Nombre de la entidad que emite la orden:	Secretaría de Salud y Seguridad Social
EPS:	ASMET SALUD
Fecha de solicitud de la orden:	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> YYY MM DD </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 2023 1 30 </div>
Fecha de expedición de la orden:	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> YYY MM DD </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 2023 1 30 </div>
2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA	
Nombre completo:	YURI MARCELA CARDONA GAVIRIA
Tipo de Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número de Documento:	1088017972
Dirección:	CLL 11B #22A-34 PISO 2 LA AURORA ALTA
Teléfono:	3172915770
Municipio de residencia:	Dosquebradas
Correo electrónico:	
Representante (si lo requiere):	
Teléfono de contacto:	
3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:	
Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)	874122
IPS Autorizada:	Seguridad y Salud en el trabajo SyS
Datos de contacto	EUGENIO OCAMPO PIEDRAHITA
Teléfono:	3168773851
Tipo de discapacidad:	Física
4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)	
Fuente de financiación:	Recursos Ministerio
El usuario requiere consulta domiciliaria:	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Si ☐ No ☒ </div>
Necesidades de apoyo:	
Movilidad	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Si ☐ No ☒ </div>
Comunicación y acceso a la comunicación	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Si ☐ No ☒ </div>
Persona de apoyo	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Si ☐ No ☒ </div>
Observaciones:	
5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:	
Nombre:	LEIDY JOHANA TREJOS CORREA
Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD
	
FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.	FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

(16)

 Gobernación de RISARALDA Sentimiento de Todos	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022
ORDEN N° 109 66170	
1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN	
Municipio donde es emitida la orden:	Dosquebradas
Nombre de la entidad que emite la orden:	Secretaría de Salud y Seguridad Social
EPS:	NUEVA EPS
Fecha de solicitud de la orden:	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 2023 1 30 </div>
Fecha de expedición de la orden:	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 2023 1 30 </div>
2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA	
Nombre completo:	ALVARO ANDRES DEL TORO DURAN
Tio de Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número de Documento:	4519478
Dirección:	CLL 53 #7-33 CASA 40 LOS MOLINOS
Teléfono:	3153211509
Municipio de residencia:	Dosquebradas
Correo electrónico:	alvarodeltoro1@hotmail.com
Representante (si lo requiriere):	
Teléfono de contacto:	
3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:	
Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)	1028199
IPS Autorizada:	Seguridad y Salud en el trabajo SyS
Datos de contacto	EUGENIO OCAMPO PIEDRAHITA
Teléfono:	3168773851
Tipo de discapacidad:	Intelectual
4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)	
Fuente de financiación:	Recursos Ministerio
El usuario requiere consulta domiciliaria:	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Si ☐ No ☒ </div>
Necesidades de apoyo:	
Movilidad	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Si ☐ No ☒ </div>
Comunicación y acceso a la comunicación	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Si ☐ No ☒ </div>
Persona de apoyo	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Si ☐ No ☒ </div>
Observaciones:	
5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:	
Nombre:	LEIDY JOHANA TREJOS CORREA
Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD
	
FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.	FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

 Gobernación de RISARALDA Sentimiento de Todos	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022
ORDEN N° 108 66170	
1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN	
Municipio donde es emitida la orden:	Dosquebradas
Nombre de la entidad que emite la orden:	Secretaría de Salud y Seguridad Social
EPS:	Asmet Salud
Fecha de solicitud de la orden:	<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 0.8em;"> YYY MM DD </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 2023 1 30 </div>
Fecha de expedición de la orden:	<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 0.8em;"> YYY MM DD </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 2023 1 30 </div>
2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA	
Nombre completo:	CAMILO ESTEBAN CASTAÑO MORALES
Tipo de Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número de Documento:	1004671573
Dirección:	CLL 73 A #19-74 DIVINO NIÑO
Teléfono:	3227211134
Municipio de residencia:	Dosquebradas
Correo electrónico:	
Representante (si lo requiere):	
Teléfono de contacto:	
3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:	
Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)	940173
IPS Autorizada:	Seguridad y Salud en el trabajo SyS
Datos de contacto	EUGENIO OCAMPO PIEDRAHITA
Teléfono:	3168773851
Tipo de discapacidad:	Intelectual
4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)	
Fuente de financiación:	Recursos Ministerio
El usuario requiere consulta domiciliaria:	<div style="text-align: center;">Si <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></div> <div style="text-align: center;">No <input checked="" style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></div>
Necesidades de apoyo:	
Movilidad	<div style="text-align: center;">Si <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></div> <div style="text-align: center;">No <input checked="" style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></div>
Comunicación y acceso a la comunicación	<div style="text-align: center;">Si <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></div> <div style="text-align: center;">No <input checked="" style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></div>
Persona de apoyo	<div style="text-align: center;">Si <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></div> <div style="text-align: center;">No <input checked="" style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></div>
Observaciones:	
5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:	
Nombre:	LEIDY JOHANA TREJOS CORREA
Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD
 FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.	 FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 107 66170

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:	Dosquebradas
Nombre de la entidad que emite la orden:	Secretaría de Salud y Seguridad Social
EPS:	SANITAS
Fecha de solicitud de la orden:	2023 1 30
Fecha de expedición de la orden:	2023 1 30

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:	GERMAN ANTONIO PULGARIN CORREA
Tipo de Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número de Documento:	4470926
Dirección:	CLL 11 B #21C-01 AURORA ALTA
Teléfono:	3106888368
Municipio de residencia:	Dosquebradas
Correo electrónico:	
Representante (si lo requiere):	
Teléfono de contacto:	3166704135

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)	997894
IPS Autorizada:	Seguridad y Salud en el trabajo Sys
Datos de contacto	EUGENIO OCAMPO PIEDRAHITA
Teléfono:	3168773851
Tipo de discapacidad:	Auditiva

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:	Recursos Ministerio
El usuario requiere consulta domiciliaria:	Si ☐ No ☒
Necesidades de apoyo:	
Movilidad	Si ☐ No ☒
Comunicación y acceso a la comunicación	Si ☒ No ☐
Persona de apoyo	Si ☐ No ☒

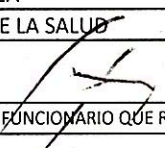
Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:	LEIDY JOHANA TREJOS CORREA
Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

 <p>Gobernación de RISARALDA Sentimiento de Todos</p>	<p>DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD</p> <p>GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD</p>
Version: 0	Vigencia 08-2022
ORDEN N° 111 66170	
1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN	
Municipio donde es emitida la orden:	Dosquebradas
Nombre de la entidad que emite la orden:	Secretaría de Salud y Seguridad Social
EPS:	NUEVA EPS
Fecha de solicitud de la orden:	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> YYY MM DD </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 2023 1 30 </div>
Fecha de expedición de la orden:	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> YYY MM DD </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 2023 1 30 </div>
2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA	
Nombre completo:	WILLIAN JOHANY TRUJILLO GARCIA
Tipo de Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número de Documento:	1088022906
Dirección:	MZ 3 CS 14 PISO 2 VELA 2 SECTOR FRAILES
Teléfono:	3147549669
Municipio de residencia:	Dosquebradas
Correo electrónico:	
Representante (si lo requiriere):	
Teléfono de contacto:	
3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:	
Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)	1013995
IPS Autorizada:	Seguridad y Salud en el trabajo SyS
Datos de contacto	EUGENIO OCAMPO PIEDRAHITA
Teléfono:	3168773851
Tipo de discapacidad:	Intelectual
4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)	
Fuente de financiación:	Recursos Ministerio
El usuario requiere consulta domiciliaria:	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Si ☐ No ☒ </div>
Necesidades de apoyo:	
Movilidad	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Si ☐ No ☒ </div>
Comunicación y acceso a la comunicación	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Si ☐ No ☒ </div>
Persona de apoyo	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Si ☐ No ☒ </div>
Observaciones:	
5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:	
Nombre:	LEIDY JOHANA TREJOS CORREA
Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD
 FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.	 FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 24 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Mistrató
SECRETARIA DE GOBIERNO
SALUD TOTAL

Fecha de solicitud de la orden:

YYY	MM	DD
3	2	2023

Fecha de expedición de la orden:

YYY	MM	DD
3	2	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiere):
Teléfono de contacto:

FLOR MARIA BETANCUR DE JARAMILLO
Cédula de Ciudadanía
BARCINAL
3117295283
Mistrató

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

341889		
S Y S		
Física		
YYY	MM	DD
4	2	2023

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si
Si
Si
Si
Si

No
No
No
No
No

X
X
X
X
X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
Cargo:

Tatiana Andrea Sanchez Osorio
coordinadora discapacidad

Tatiana Sanchez O.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

[Firma]
FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N° 19 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Mistrató
SECRETARIA DE GOBIERNO
NUEVA EPS

Fecha de solicitud de la orden:

2	2	2023
---	---	------

Fecha de expedición de la orden:

2	2	2023
---	---	------

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

DYLAN OSORIO LOAIZA
Tarjeta de Identidad
MAMPAY
314344382
Mistrató
ALICIA MILENA LOAIZA

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:
Fecha de Certificado de Discapacidad:

384799
S Y S
Física
4 2 2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si	X	No	
Si	X	No	

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
Cargo:

Tatiana Andrea Sanchez Osorio
coordinadora discapacidad

Tatiana Sanchez O.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

[Firma]
FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N° 11 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Mistrató
SECRETARIA DE GOBIERNO
PIJAOS SALUD

Fecha de solicitud de la orden:

2	2	2023
---	---	------

Fecha de expedición de la orden:

2	2	2023
---	---	------

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiere):
Teléfono de contacto:

BLANCA NUBIA HERNANDEZ DIAZ
Cédula de Ciudadanía
BUENOS AIRES
3148699626
Mistrató
MARLENY DIAZ

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

497668
S Y S
Física
4 2 2023

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si	X	No	
Si	X	No	

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
Cargo:

Tatiana Andrea Sanchez Osorio
coordinadora discapacidad

Tatiana Sánchez O.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N° 1 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
 Nombre de la entidad que emite la orden:
 EPS:

Mistrató
SECRETARIA DE GOBIERNO
SALUD TOTAL

Fecha de solicitud de la orden:

4	2	2023
---	---	------

Fecha de expedición de la orden:

4	2	2023
---	---	------

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
 Tio de Documento:
 Dirección:
 Teléfono:
 Municipio de residencia:
 Correo electrónico:
 Representante (si lo requiriere):
 Teléfono de contacto:

HUMBERTO ANTONIO SOTO SEDANO
Cédula de Ciudadanía
LA ESTRELLA
3122725744
Mistrató

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
 IPS Autorizada:
 Tipo de discapacidad:

700613
S Y S
Física

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4	2	2023
---	---	------

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
 Necesidades de apoyo:
 Movilidad
 Comunicación y acceso a la comunicación
 Persona de apoyo

Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si	X	No	

Observaciones:

--

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre: Tatiana Andrea Sanchez Osorio
 Cargo: coordinadora discapacidad

Tatiana Sanchez O.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

[Firma]

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUDGESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 1 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Mistrató
SECRETARIA DE GOBIERNO
SALUD TOTAL

30	1	2023
----	---	------

30	1	2023
----	---	------

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tipo de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiriere):

Teléfono de contacto:

GEANCARLO PATIÑO GARZON
Cédula de Ciudadanía
BARCINAL
3234972398
Mistrató

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

304861
S Y S
Múltiple
4 2 2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

☐

No

☒

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

☐

No

☒

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

☐

No

☒

Persona de apoyo

Si

☐

No

☒

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Tatiana Andrea Sanchez Osorio

Cargo:

coordinadora discapacidad

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N° 15 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
 Nombre de la entidad que emite la orden:
 EPS:

Mistrató
SECRETARIA DE GOBIERNO
SALUD TOTAL

Fecha de solicitud de la orden:

2	2	2023
---	---	------

Fecha de expedición de la orden:

2	2	2023
---	---	------

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
 Tipo de Documento:
 Dirección:
 Teléfono:
 Municipio de residencia:
 Correo electrónico:
 Representante (si lo requiriere):
 Teléfono de contacto:

LUZ ELENA MOSCOSO BETANCUR
Cédula de Ciudadanía
SIGLO XX
3148716449
Mistrató

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
 IPS Autorizada:
 Tipo de discapacidad:

714490
S Y S
Física

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4	2	2023
---	---	------

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
 Necesidades de apoyo:
 Movilidad
 Comunicación y acceso a la comunicación
 Persona de apoyo

Si		No	X
Si		No	X
Si	X	No	
Si		No	X
Si		No	X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre: Tatiana Andrea Sanchez Osorio
 Cargo: coordinadora discapacidad

Tatiana Sanchez O.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS:

**DEPARTAMENTO DE RISARALDA****Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD****GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 39 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Mistrató		
SECRETARIA DE GOBIERNO		
SALUD TOTAL		

Fecha de solicitud de la orden:

YY	MM	DD
3	2	2023

Fecha de expedición de la orden:

YY	MM	DD
3	2	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

FRANCISCO JAVIER SOTO MONCADA
Cédula de Ciudadanía
SIGLO XX
3117034533
Mistrató

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

1005739
S Y S
Física

Fecha de Certificado de Discapacidad:

YY	MM	DD
4	2	2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si	X	No	

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Tatiana Andrea Sanchez Osorio

Cargo:

coordinadora discapacidad

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

**DEPARTAMENTO DE RISARALDA****Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD****GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 40 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Mistrató		
SECRETARIA DE GOBIERNO		
SALUD TOTAL		

YY	MM	DD
3	2	2023

YY	MM	DD
3	2	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tipo de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiere):

Teléfono de contacto:

AUGUSTO ANTONIO MONTOYA GUEVARA		
Cédula de Ciudadanía		
SIGLO XX		
3117034533		
Mistrató		

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

992382		
S Y S		
Física		
YY	MM	DD
4	2	2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Comunicación y acceso a la comunicación

Persona de apoyo

Si		No	X
Si	X	No	
Si	X	No	
Si		No	X
Si	X	No	

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Tatiana Andrea Sanchez Osorio

Cargo:

coordinadora discapacidad

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 38 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Mistrató
SECRETARIA DE GOBIERNO
SALUD TOTAL

Fecha de solicitud de la orden:

YY	MM	DD
3	2	2023

Fecha de expedición de la orden:

YY	MM	DD
3	2	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiere):
Teléfono de contacto:

ALIRIO DE JESUS CANO HEREDIA
Cédula de Ciudadanía
SIGLO XX
3117034533
Mistrató

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

956963		
S Y S		
Física		
YY	MM	DD
4	2	2023

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si	X	No	

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre: Tatiana Andrea Sanchez Osorio
Cargo: coordinadora discapacidad

Tatiana Sanchez O.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

[Firma]
FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 28 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Mistrató
SECRETARIA DE GOBIERNO
ASMET SALUD

Fecha de solicitud de la orden:

3	2	2023
---	---	------

Fecha de expedición de la orden:

3	2	2023
---	---	------

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

ARNOLDO DE JESUS GRAJALES GUEVARA
Cédula de Ciudadanía
GENOVA
3126126974
Mistrató

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

599268		
S Y S		
Múltiple		
4	2	2023

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si
Si
Si
Si
Si

No
No
No
No
No

X
X
X
X
X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
Cargo:

Tatiana Andrea Sanchez Osorio
coordinadora discapacidad

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

10

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N° 1 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
 Nombre de la entidad que emite la orden:
 EPS:

Mistrató
SECRETARIA DE GOBIERNO
SALUD TOTAL

Fecha de solicitud de la orden:

4	2	2023
---	---	------

Fecha de expedición de la orden:

4	2	2023
---	---	------

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
 Tio de Documento:
 Dirección:
 Teléfono:
 Municipio de residencia:
 Correo electrónico:
 Representante (si lo requiere):
 Teléfono de contacto:

MAXIMILIANO MARIN
Cédula de Ciudadanía
SAN JOSE
3137925700
Mistrató

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
 IPS Autorizada:
 Tipo de discapacidad:
 Fecha de Certificado de Discapacidad:

948017
S Y S
Física
4 2 2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
 Necesidades de apoyo:
 Movilidad
 Comunicación y acceso a la comunicación
 Persona de apoyo

Si
 Si
 Si
 Si
 Si

No
 No
 No
 No
 No

X
X
X
X
X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
 Cargo:

Tatiana Andrea Sanchez Osorio
 coordinadora discapacidad

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N° 16 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
 Nombre de la entidad que emite la orden:
 EPS:

Mistrató
SECRETARIA DE GOBIERNO
SALUD TOTAL

Fecha de solicitud de la orden:

2	2	2023
---	---	------

Fecha de expedición de la orden:

2	2	2023
---	---	------

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
 Tio de Documento:
 Dirección:
 Teléfono:
 Municipio de residencia:
 Correo electrónico:
 Representante (si lo requiere):
 Teléfono de contacto:

MARIA JULIANA GUTIERREZ VALENCIA
Cédula de Ciudadanía
PUERTO NUEVO
3206157671
Mistrató
MARIA OLGA VALENCIA

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
 IPS Autorizada:
 Tipo de discapacidad:

660208
SYS
Intelectual

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4	2	2023
---	---	------

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
 Necesidades de apoyo:
 Movilidad
 Comunicación y acceso a la comunicación
 Persona de apoyo

Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si	X	No	

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre: Tatiana Andrea Sanchez Osorio
 Cargo: coordinadora discapacidad

Tatiana Sánchez O.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

[Firma]
 FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 14 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Mistrató
SECRETARIA DE GOBIERNO
ASMET SALUD

Fecha de solicitud de la orden:

2	2	2023
---	---	------

Fecha de expedición de la orden:

2	2	2023
---	---	------

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

YESICA LORENA YARCE PALACIO
Cédula de Ciudadanía
BUENOS AIRES
3113594799
Mistrató
MARIA LOURDES PALACIO

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

650691
S Y S
Intelectual
4 2 2023

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si
Si
Si
Si
Si

X
X

No
No
No
No
No

X
X
X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre: Tatiana Andrea Sanchez Osorio
Cargo: coordinadora discapacidad

Tatiana Sanchez O.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

[Firma]
FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

**DEPARTAMENTO DE RISARALDA****Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD****GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 7 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Mistrató
SECRETARIA DE GOBIERNO
SALUD TOTAL

Fecha de solicitud de la orden:

2	2	2023
---	---	------

Fecha de expedición de la orden:

2	2	2023
---	---	------

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

JORGE ALIRIO ARIAS GONZALEZ
Cédula de Ciudadanía
SAN MATEO
3127737333
Mistrató

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

625728
S Y S
Física

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4	2	2023
---	---	------

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si		No	X
Si		No	X
Si	X	No	
Si		No	X
Si		No	X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre: Tatiana Andrea Sanchez Osorio
Cargo: coordinadora discapacidad

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

114



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 35 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Mistrató
SECRETARIA DE GOBIERNO
SALUD TOTAL

Fecha de solicitud de la orden:

YYY	MM	DD
3	2	2023

Fecha de expedición de la orden:

YYY	MM	DD
3	2	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

CARLOS HUMBERTO VANEGAS VANEGAS
Cédula de Ciudadanía
AVENIDA EL RIO
3217285385
Mistrató

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

453565
S Y S
Física

Fecha de Certificado de Discapacidad:

YYY	MM	DD
4	2	2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

SI		No	X
SI		No	X
SI		No	X
SI		No	X
SI		No	X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre: Tatiana Andrea Sanchez Osorio
Cargo: coordinadora discapacidad

Tatiana Sanchez O.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

[Firma]
FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 13 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Mistrató
SECRETARIA DE GOBIERNO
SALUD TOTAL

Fecha de solicitud de la orden:

2	2	2023
---	---	------

Fecha de expedición de la orden:

2	2	2023
---	---	------

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiere):
Teléfono de contacto:

NUBIA MARIA CEDANO HOYOS
Cédula de Ciudadanía
san jose
3122725744
Mistrató

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

622006		
S Y S		
Física		
4	2	2023

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si
Si
Si
Si
Si

No
No
No
No
No

X
X
X
X
X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
Cargo:

Tatiana Andrea Sanchez Osorio
coordinadora discapacidad

Tatiana Sánchez O.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

[Firma]

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

16



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 12 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Mistrató
SECRETARIA DE GOBIERNO
SALUD TOTAL

Fecha de solicitud de la orden:

2	2	2023
---	---	------

Fecha de expedición de la orden:

2	2	2023
---	---	------

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiere):
Teléfono de contacto:

GUSTAVO DE JESUS TOBON MEJIA
Cédula de Ciudadanía
CARRERA 6 # 2-22
3127116947
Mistrató

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

422147		
S Y S		
Física		
4	2	2023

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si
Si
Si
Si
Si

No
No
No
No
No

X
X
X
X
X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
Cargo:

Tatiana Andrea Sanchez Osorio
coordinadora discapacidad

Tatiana Sanchez O.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

17



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUDGESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N°

20

66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Mistrató

Nombre de la entidad que emite la orden:

SECRETARIA DE GOBIERNO

EPS:

ASMET SALUD

Fecha de solicitud de la orden:

2

2

2023

Fecha de expedición de la orden:

2

2

2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

FLOR ENID RAMIREZ GAVIRIA

Tipo de Documento:

Cédula de Ciudadanía

Dirección:

SIGLO XX

Teléfono:

3138735337

Municipio de residencia:

Mistrató

Correo electrónico:

Representante (si lo requiere):

Teléfono de contacto:

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

441537

IPS Autorizada:

S Y S

Tipo de discapacidad:

Física

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4

2

2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

No

X

Necesidades de apoyo:

Si

No

X

Movilidad

Si

No

X

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

No

X

Persona de apoyo

Si

No

X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Tatiana Andrea Sanchez Osorio

Cargo:

coordinadora discapacidad

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

(18)

**DEPARTAMENTO DE RISARALDA****Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD****GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 21 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Mistrató
SECRETARIA DE GOBIERNO
ASMET SALUD

Fecha de solicitud de la orden:

YY	MM	DD
2	2	2023

Fecha de expedición de la orden:

YY	MM	DD
2	2	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

LUIS GONZAGA MARIN CASTAÑO
Cédula de Ciudadanía
SIGLO XX
3206531869
Mistrató

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

415535		
S Y S		
Física		
YY	MM	DD
4	2	2023

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre: Tatiana Andrea Sanchez Osorio
Cargo: coordinadora discapacidad

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 29 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Mistrató
SECRETARIA DE GOBIERNO
ASMET SALUD

Fecha de solicitud de la orden:

YY	MM	DD
3	2	2023

Fecha de expedición de la orden:

YY	MM	DD
3	2	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

RICARDO ANTONIO CASTAÑEDA VALENCIA
Cédula de Ciudadanía
BUENOS AIRES
3234501647
Mistrató

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

358698
S Y S
Múltiple

Fecha de Certificado de Discapacidad:

YY	MM	DD
4	2	2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre: Tatiana Andrea Sanchez Osorio
Cargo: coordinadora discapacidad

Tatiana Sanchez O.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

[Firma]
FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

**DEPARTAMENTO DE RISARALDA****Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD****GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 30 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Mistrató
SECRETARIA DE GOBIERNO
ASMET SALUD

Fecha de solicitud de la orden:

YY	MM	DD
3	2	2023

Fecha de expedición de la orden:

YY	MM	DD
3	2	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

DORA LUZ HERNANDEZ CASTAÑEDA
Cédula de Ciudadanía
BUENOS AIRES
3234501647
Mistrató

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

707981		
S Y S		
Física		
YY	MM	DD
4	2	2023

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si
Si
Si
Si
Si

No
No
No
No
No

X
X
X
X
X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
Cargo:

Tatiana Andrea Sanchez Osorio
coordinadora discapacidad

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

**DEPARTAMENTO DE RISARALDA****Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD****GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 34 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Mistrató
SECRETARIA DE GOBIERNO
ASMET SALUD

Fecha de solicitud de la orden:

YYY	MM	DD
3	2	2023

Fecha de expedición de la orden:

YYY	MM	DD
3	2	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

CARLOS MARIO SANCHEZ RAMIREZ
Cédula de Ciudadanía
NARANJO
3106611919
Mistrató

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

650485		
S Y S		
Física		
YYY	MM	DD
4	2	2023

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si
Si
Si
Si
Si

No
No
No
No
No

X
X
X
X
X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
Cargo:

Tatiana Andrea Sanchez Osorio
coordinadora discapacidad

Tatiana Sanchez O.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N° 18 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
 Nombre de la entidad que emite la orden:
 EPS:

Mistrató
SECRETARIA DE GOBIERNO
SALUD TOTAL

Fecha de solicitud de la orden:

2	2	2023
---	---	------

Fecha de expedición de la orden:

2	2	2023
---	---	------

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
 Tipo de Documento:
 Dirección:
 Teléfono:
 Municipio de residencia:
 Correo electrónico:
 Representante (si lo requiriere):
 Teléfono de contacto:

SILVANA DURFAY LARGO ACEVEDO
Cédula de Ciudadanía
QUEBRADA ARRIBA
3233887715
Mistrató

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
 IPS Autorizada:
 Tipo de discapacidad:

502990
S Y S
Física
4 2 2023

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
 Necesidades de apoyo:
 Movilidad
 Comunicación y acceso a la comunicación
 Persona de apoyo

Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
 Cargo:

Tatiana Andrea Sanchez Osorio
 coordinadora discapacidad

Tatiana Sanchez O.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

**DEPARTAMENTO DE RISARALDA**Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD**GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 2 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDENMunicipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Mistrató

SECRETARIA DE GOBIERNO

ASMET SALUD

Fecha de solicitud de la orden:

2 2 2023

Fecha de expedición de la orden:

2 2 2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADANombre completo:
Tio de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiere):
Teléfono de contacto:

MARIA EUGENIA MARIN ZAPATA

Cédula de Ciudadanía

san jose

3225153535

Mistrató

3122479155

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

362421

S Y S

Visual

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4 2 2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

No

X

Necesidades de apoyo:

Si

No

X

Movilidad

Si

No

X

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

No

X

Persona de apoyo

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Tatiana Andrea Sanchez Osorio

Cargo:

coordinadora discapacidad

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

24

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N° 4 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
 Nombre de la entidad que emite la orden:
 EPS:

Mistrató
SECRETARIA DE GOBIERNO
PIJAS SALUD

Fecha de solicitud de la orden:

2	2	2023
---	---	------

Fecha de expedición de la orden:

2	2	2023
---	---	------

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
 Tipo de Documento:
 Dirección:
 Teléfono:
 Municipio de residencia:
 Correo electrónico:
 Representante (si lo requiriere):
 Teléfono de contacto:

MARIA ILDA CHACOA NARIQUIAZA
Cédula de Ciudadanía
siglo XX
3207704759
Mistrató

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
 IPS Autorizada:
 Tipo de discapacidad:

323907
S Y S
Física

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4	2	2023
---	---	------

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
 Necesidades de apoyo:
 Movilidad
 Comunicación y acceso a la comunicación
 Persona de apoyo

Si		No	X
Si		No	X
Si	X	No	
Si		No	X
Si	X	No	

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre: Tatiana Andrea Sanchez Osorio
 Cargo: coordinadora discapacidad

Tatiana Sanchez O.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N° 6 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Mistrató
SECRETARIA DE GOBIERNO
SANIDAD

Fecha de solicitud de la orden:

2	2	2023
---	---	------

Fecha de expedición de la orden:

2	2	2023
---	---	------

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tio de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiere):
Teléfono de contacto:

EMMANUEL ARIAS SANCHEZ
Registro Civil de Nacimiento
pinar del rio
3224440082
Mistrató
ANGIE PAOLA SANCHEZ GUTIERREZ
3224440082

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

373978
S Y S
Física

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4	2	2023
---	---	------

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si		No	X
Si		No	X
Si		No	x
Si	x	No	
Si	x	No	

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre: Tatiana Andrea Sanchez Osorio
Cargo: coordinadora discapacidad

Tatiana Sanchez O.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

[Firma]
FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
	Version: 0

ORDEN N° 8 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
 Nombre de la entidad que emite la orden:
 EPS:

Mistrató
SECRETARIA DE GOBIERNO
SALUD TOTAL

Fecha de solicitud de la orden:

2	2	2023
---	---	------

Fecha de expedición de la orden:

2	2	2023
---	---	------

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
 Tio de Documento:
 Dirección:
 Teléfono:
 Municipio de residencia:
 Correo electrónico:
 Representante (si lo requiere):
 Teléfono de contacto:

EVERARDO ANTONIO ALZATE SEDANO
Cédula de Ciudadanía
CRA 6 3-60
3127737333
Mistrató

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
 IPS Autorizada:
 Tipo de discapacidad:

998054
S Y S
Visual

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4	2	2023
---	---	------

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
 Necesidades de apoyo:
 Movilidad
 Comunicación y acceso a la comunicación
 Persona de apoyo

Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si	X	No	

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre: Tatiana Andrea Sanchez Osorio
 Cargo: coordinadora discapacidad

Tatiana Sanchez O.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

[Firma]
 FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

(27)

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
	Version: 0 Vigencia 08-2022

ORDEN N° 9 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
 Nombre de la entidad que emite la orden:
 EPS:

Mistrató
SECRETARIA DE GOBIERNO
NUEVA EPS

Fecha de solicitud de la orden:

2	2	2023
---	---	------

Fecha de expedición de la orden:

2	2	2023
---	---	------

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
 Tipo de Documento:
 Dirección:
 Teléfono:
 Municipio de residencia:
 Correo electrónico:
 Representante (si lo requiriere):
 Teléfono de contacto:

ASTRID PAOLA LLANTE GIRONZA
Cédula de Ciudadanía
QUEBRADA ARRIBA
3126845240
Mistrató

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
 IPS Autorizada:
 Tipo de discapacidad:

316910
S Y S
Intelectual

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4	2	2023
---	---	------

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
 Necesidades de apoyo:
 Movilidad
 Comunicación y acceso a la comunicación
 Persona de apoyo

Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si	X	No	

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre: Tatiana Andrea Sanchez Osorio
 Cargo: coordinadora discapacidad

Tatiana Sanchez O.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

[Firma]
 FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

**DEPARTAMENTO DE RISARALDA****Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD****GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 23 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Mistrató		
SECRETARIA DE GOBIERNO		
SALUD TOTAL		

Fecha de solicitud de la orden:

YY	MM	DD
3	2	2023

Fecha de expedición de la orden:

YY	MM	DD
3	2	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

SAMUEL VELEZ CARDONA
Cédula de Ciudadanía
ARRAYANAL
3224642755
Mistrató

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

405695
S Y S
Física
YY MM DD
4 2 2023

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si		No	X
Si		No	X
Si	X	No	
Si		No	X
Si		No	X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre: Tatiana Andrea Sanchez Osorio
Cargo: coordinadora discapacidad

Tatiana Sanchez O.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

[Firma]
FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 5 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Mistrató
SECRETARIA DE GOBIERNO
SALUD TOTAL

Fecha de solicitud de la orden:

2	2	2023
---	---	------

Fecha de expedición de la orden:

2	2	2023
---	---	------

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

LEONIDAS VILLADA HERNANDEZ
Cédula de Ciudadanía
quebrada arriba
3144187824
Mistrató

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

1068815
S Y S
Física

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4	2	2023
---	---	------

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si		No	X
Si		No	X
Si		No	x
Si	x	No	
Si	x	No	

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre: Tatiana Andrea Sanchez Osorio
Cargo: coordinadora discapacidad

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N° 33 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Mistrató
SECRETARIA DE GOBIERNO
SALUD TOTAL

Fecha de solicitud de la orden:

YY	MM	DD
3	2	2023

Fecha de expedición de la orden:

YY	MM	DD
3	2	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

BERNARDO ANTONIO ROMAN RIVERA
Cédula de Ciudadanía
PINAR DEL RIO
3184357654
Mistrató

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

332190
S Y S
Física

Fecha de Certificado de Discapacidad:

YY	MM	DD
4	2	2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X

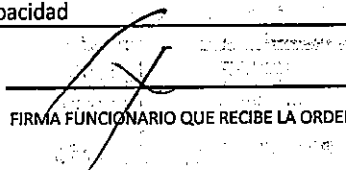
Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre: Tatiana Andrea Sanchez Osorio
Cargo: coordinadora discapacidad



FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.


FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 27 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Mistrató
SECRETARIA DE GOBIERNO
PIJAS SALUD

Fecha de solicitud de la orden:

YY	MM	DD
3	2	2023

Fecha de expedición de la orden:

YY	MM	DD
3	2	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

JHORMAN HENRRY ENRIQUEZ HENAO
Cédula de Ciudadanía
SAN JOSE
3186698935
Mistrató

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

1069620		
S Y S		
Física		
YY	MM	DD
4	2	2023

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si
Si
Si
Si
Si

No
No
No
No
No

X
X
X
X
X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
Cargo:

Tatiana Andrea Sanchez Osorio
coordinadora discapacidad

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

32



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 17 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Mistrató
SECRETARIA DE GOBIERNO
NUEVA EPS

Fecha de solicitud de la orden:

2	2	2023
---	---	------

Fecha de expedición de la orden:

2	2	2023
---	---	------

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

ALBERTO DE JESUS DAZ VERGARA
Cédula de Ciudadanía
BARCINAL
3128051951
Mistrató

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

1049359
S Y S
Física

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4	2	2023
---	---	------

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre: Tatiana Andrea Sanchez Osorio
Cargo: coordinadora discapacidad

Tatiana Sanchez O.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

33



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUDGESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 22 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Mistrató

Nombre de la entidad que emite la orden:

SECRETARIA DE GOBIERNO

EPS:

SALUD TOTAL

Fecha de solicitud de la orden:

2 2 2023

Fecha de expedición de la orden:

2 2 2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

EMMANUEL ORTIZ MOTATO

Tipo de Documento:

Tarjeta de Identidad

Dirección:

cra 6 6-39

Teléfono:

3148541253

Municipio de residencia:

Mistrató

Correo electrónico:

Representante (si lo requiriere):

Teléfono de contacto:

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

879839

IPS Autorizada:

S Y S

Tipo de discapacidad:

Auditiva

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4 2 2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

No

X

Necesidades de apoyo:

Si

No

X

Movilidad

Si

No

X

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

No

X

Persona de apoyo

Si

No

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Tatiana Andrea Sanchez Osorio

Cargo:

coordinadora discapacidad

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

34



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUDGESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 32 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITE LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Mistrató		
SECRETARIA DE GOBIERNO		
PIJAS SALUD		

YY	MM	DD
3	2	2023

YY	MM	DD
3	2	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tipo de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiere):

Teléfono de contacto:

GUILLERMO LADINO MARCELO
Cédula de Ciudadanía
BELLA VISTA
3137673187
Mistrató

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

309878
S Y S
Física
YY MM DD
4 2 2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Comunicación y acceso a la comunicación

Persona de apoyo

SI		No	X
SI		No	X
SI		No	X
SI		No	X
SI		No	X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

Tatiana Andrea Sanchez Osorio

coordinadora discapacidad

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

35

**DEPARTAMENTO DE RISARALDA****Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD****GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N°

26

66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Mistrató

SECRETARIA DE GOBIERNO

ASMET SALUD

YY

MM

DD

3

2

2023

YY

MM

DD

3

2

2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tipo de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiriere):

Teléfono de contacto:

MARIA ALICIA MEZA CASTAÑEDA

Cédula de Ciudadanía

EL SILENCIO

3122011754

Mistrató

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

392630

S Y S

Física

YY

MM

DD

4

2

2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

No

X

Necesidades de apoyo:

Si

No

X

Movilidad

Si

No

x

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

No

X

Persona de apoyo

Si

No

X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

Tatiana Andrea Sanchez Osorio

coordinadora discapacidad

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

380

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N° 1 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Mistrató
SECRETARIA DE GOBIERNO
ASMET SALUD

Fecha de solicitud de la orden:

4	2	2023
---	---	------

Fecha de expedición de la orden:

4	2	2023
---	---	------

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tio de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiere):
Teléfono de contacto:

FABIO DE JESUS MARIN CASTAÑO
Cédula de Ciudadanía
SIGLO XX
3225153535
Mistrató

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

512431
S Y S
Física

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4	2	2023
---	---	------

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X
Si		No	X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
Cargo:

Tatiana Andrea Sanchez Osorio
coordinadora discapacidad

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

37

**DEPARTAMENTO DE RISARALDA**

Secretaría de salud

GESTIÓN EN SALUD

**GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 10 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Mistrató		
SECRETARIA DE GOBIERNO		
PIJAS SALUD		

2	2	2023
---	---	------

2	2	2023
---	---	------

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tipo de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiere):

Teléfono de contacto:

LAURA SOFIA TONUZCO RAMIREZ
Tarjeta de Identidad
SIGLO XX
3137616485
Mistrató
SANDRA MARCELA RAMIREZ

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

504419
S Y S
Física
4 2 2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

No

X

Necesidades de apoyo:

Si

No

X

Movilidad

Si

No

X

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

No

X

Persona de apoyo

Si

No

X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Tatiana Andrea Sanchez Osorio

Cargo:

coordinadora discapacidad

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

**DEPARTAMENTO DE RISARALDA****Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD****GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 37 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Mistrató
SECRETARIA DE GOBIERNO
ASMET SALUD

Fecha de solicitud de la orden:

YY	MM	DD
3	2	2023

Fecha de expedición de la orden:

YY	MM	DD
3	2	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

FERMIN DE JESUS PARRA HERNANDEZ
Cédula de Ciudadanía
SIGLO XX
3117034533
Mistrató

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

1048203

IPS Autorizada:

S Y S

Tipo de discapacidad:

Física

Fecha de Certificado de Discapacidad:

YY	MM	DD
4	2	2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

No

X

Necesidades de apoyo:

Si

No

X

Movilidad

Si

No

X

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

No

X

Persona de apoyo

Si

No

X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Tatiana Andrea Sanchez Osorio

Cargo:

coordinadora discapacidad

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

**DEPARTAMENTO DE RISARALDA**

Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N° 25 66456

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Mistrató		
SECRETARIA DE GOBIERNO		
SALUD TOTAL		

YY	MM	DD
3	2	2023

YY	MM	DD
3	2	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tipo de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiriere):

Teléfono de contacto:

LUIS FERNANDO MEJIA CASTAÑO
Cédula de Ciudadanía
LA ESTRELLA
3128757327
Mistrató

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

736731
S Y S
Física
YY MM DD
4 2 2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Recursos Ministerio

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Comunicación y acceso a la comunicación

Persona de apoyo

Si		No	X
Si	X	No	
Si		No	x
Si		No	X
Si		No	X

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

Tatiana Andrea Sanchez Osorio

coordinadora discapacidad

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

40

7 am

	<p>DEPARTAMENTO DE RISARALDA</p> <p>Secretaría de salud</p> <p>GESTIÓN EN SALUD</p>
	<p>GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</p> <p>ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO</p> <p>CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD</p>
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITE LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Santuario
Alcaldía Santuario

DD MM AAAA
20 1 2023

DD MM AAAA
20 1 2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tipo de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiriere):

Teléfono de contacto:

Johnny Alejandro Correa Hurtado.
CC 1005621311
3105426642
Santuario

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

569440
SV3

DD MM AAAA
20 1 2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

☐

No

☐

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

☐

No

☐

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

☐

No

☐

Persona de apoyo

Si

☐

No

☐

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

Yennifer Andrea Ochoa G.
DL3

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

①

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.005.021.311

CORREA HURTADO

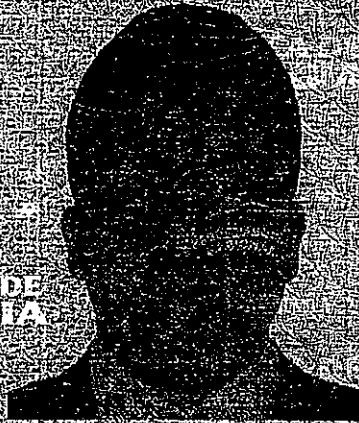
APELLIDOS

JHONY ALEJANDRO

NOMBRES

REPUBLICA DE COLOMBIA

IRMA



Falta HC

R

FECHA DE NACIMIENTO 15-OCT-2001

SANTUARIO
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 O+ M

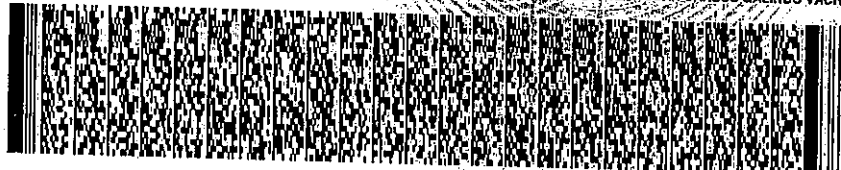
ESTATURA G.S. RH SEXO

08-NOV-2019 SANTUARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO



P-2409400-01115931-M-1005021311-20191127 0069097646A 1 50975403

Ministerio del Estado Civil

3105426642

7:30

 GOBIERNO DE RISARALDA Sentimiento de Todos	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Santuario
Alcaldía de Santuario

20 1 2023

20 1 2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tipo de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiriere):

Teléfono de contacto:

Hector Antonio Medina Ramirez
CC 99568002
Pueblo Vapo
3132735318
Santuario

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

777744
SY5

20 1 2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

☐

No

☐

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

☐

No

☐

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

☐

No

☐

Persona de apoyo

Si

☐

No

☐

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

Yennifer Bohua
PLS

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

2

8:30

	<p>DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD</p> <p>GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD</p>
	<p>Version: 0</p>

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

DD	MM	AA

DD	MM	AA

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tio de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiere):

Teléfono de contacto:

Juan Esteban Tolares		
Cedula 1006326559		
Santiana		

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

831308		
SUS		
RM		
DD	MM	AA

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

☐

No

☐

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

☐

No

☐

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

☐

No

☐

Persona de apoyo

Si

☐

No

☐

Observaciones:

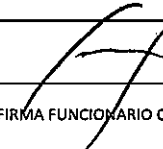
--

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:


FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.


FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

3

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.326.559**
IDARRAGA YEPES

APELLIDOS
JUAN ESTEBAN

NOMBRES
Juan Esteban I.

FIRMA



ÍNDICE DEDECTO

FECHA DE NACIMIENTO **14-JUN-2003**
PALMIRA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

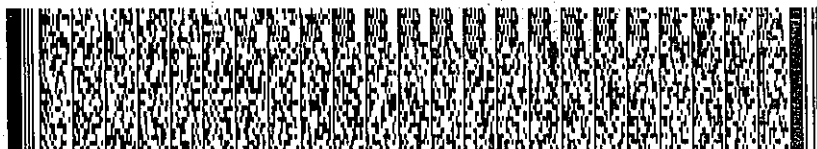
1.64 **A+**
ESTATURA G.S. RH

16-JUN-2021 SANTUARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

M

SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA POCIÑA



P-2409400-01246738-M-1006326559-20210726

0075040876A 1

8502214439

9:30

 <p>Gobernación de RISARALDA (Sentimiento de Todos)</p>	<p>DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD</p> <p>GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD</p>
	<p>Version: 0</p> <p>Vigencia 08-2022</p>

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Alcaldía

20 | 1 | 2023

20 | 1 | 2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tipo de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiriere):

Teléfono de contacto:

Luis Alberto Jaramillo Londono.

CC 14932048

3213188891

Santuario

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

303096

345

20 | 1 | 2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

No

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

No

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

No

Persona de apoyo

Si

No

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

(4)

3213188891

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 14.932.048

JARAMILLO LONDONO
APELLIDOS

LUIS ALBEIRO
NOMBRES

Luis E. Jaramillo
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-MAR-1946

SANTUARIO
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

25-ABR-1967 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JOAN CARLOS DELINDO VALEA



A-2400400-54 159541-M-0014932048-20071026 0046907301M 03 212944955

8:00

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Santuario		
Alcaldía		

Fecha de solicitud de la orden:

YY	MM	DD
20	1	2023

Fecha de expedición de la orden:

YY	MM	DD
20	1	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

Jose David Aguirre Aguirre	
CC 4380389	
Calle 1	
3105461699	
Santuario	

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

817938	
SY3	

Fecha de Certificado de Discapacidad:

YY	MM	DD
20	1	2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

--

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

--

No

--

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

--

No

--

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

--

No

--

Persona de apoyo

Si

--

No

--

Observaciones:

--

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

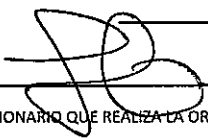
Nombre:

Yenifer Ochoa

Cargo:

DES

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.



FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



5

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.380.381
AGUIRRE AGUIRRE

APELLIDOS JOSE DAVID

NOMBRES: *David Aguirre*

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-MAY-1971
CARAMANTA (ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72 A- M
ESTATURA 1.72 M G.S. RH SEXO
25-JUL-1989: BALBOA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sánchez Torres*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2404600-00061844-M-0004380381-20080830 0002799068A 1 6140004768

10:00

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Santuario		
Alcaldia		

YYY	MM	DD
20	1	2023

YYY	MM	DD
20	1	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tipo de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiriere):

Teléfono de contacto:

Mallory Alejandra Gomez Clavijo		
CC 1005021812		
Peraleonso		
3148811356		
Santuario		

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

859023		
SRS		
YYY	MM	DD
20	1	2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Comunicación y acceso a la comunicación

Persona de apoyo

Si

☐

No

☒

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

6

3148811356.

Paralono.



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-DIC-2001

SANTUARIO
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.51

ESTATURA

O+

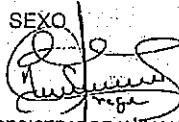
G.S. RH

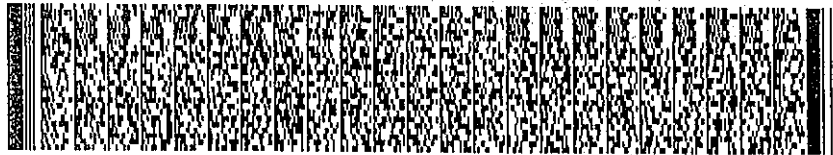
F

SEXO

18-DIC-2019 LA VIRGINIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.005.021.312**

GOMEZ CLAVIJO

APELLIDOS

MALLERLY ALEJANDRA

NOMBRES

NO FIRMA



10130

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Santuario		
Alcaldía		
YYY	MM	DD

Fecha de solicitud de la orden:

YYY	MM	DD
20	1	2023

Fecha de expedición de la orden:

YYY	MM	DD
20	1	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tipo de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiriere):

Teléfono de contacto:

Maria Eugenia Alvarez Colorado.		
CC 251888007		
Marco Fidel Suarez		
3213080291		
Santuario		

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

333164		
545		
YYY	MM	DD
20	1	2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Vlin

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

--

No

--

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

--

No

--

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

--

No

--

Persona de apoyo

Si

--

No

--

Observaciones:

--

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

Enfermer Ochoa
PLS

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

7



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Versión: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Santuario
Alcalde

YY MM DD
18 1 2023

YY MM DD
18 1 2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tipo de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiere):

Teléfono de contacto:

Amanda de Jesus Salazar A-
25193329
Calle 6
3213080291
Santuario

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

898056
SYS

YY MM DD
20 1 2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Min

El usuario requiere consulta domiciliaria:

SI

☐

No

☒

Necesidades de apoyo:

Movilidad

SI

☐

No

☐

Comunicación y acceso a la comunicación

SI

☐

No

☐

Persona de apoyo

SI

☐

No

☐

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

Yennifer A - Ochoa G.
PLS

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

11 an

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Sanuario		
Alcaldía		

Fecha de solicitud de la orden:

YY	MM	DD
20	1	2023

Fecha de expedición de la orden:

YY	MM	DD
20	1	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

Fabrizio de Jesus Patino Cano	
25194687	
Santa Fe	
3144214142	
Sanuario.	

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

755694
SVS

Fecha de Certificado de Discapacidad:

YY	MM	DD
20	1	2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Min

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

--

No

X

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

--

No

--

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

--

No

--

Persona de apoyo

Si

--

No

--

Observaciones:

--

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

Yanger Andrea Ochoa
BIS

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.


INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-NOV-1967
SANTUARIO
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.51 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
28-ABR-1991 SANTUARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ABIEL SANCHEZ TORRES



A-2409400-00155602-F-0025194684-20090505 0011226280A 1 24930443

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 25.194.684
PATINO CANO
APELLIDOS
FABIOLA DE JESUS
NOMBRES


Fabiola Patino
FIRMA

3144214142x

Calle 1º carrera y Barrio Santa Fe

11:30

HC

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N° _____

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Santuario
Alcalalra

Fecha de solicitud de la orden:

20 / 1 / 2023

Fecha de expedición de la orden:

20 / 1 / 2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

Venny Andres Mora
C 1090149002
La Gatarella
Santuario

DSS

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

1065164
SIS

Fecha de Certificado de Discapacidad:

20 / 1 / 2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Mm

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

SI		No	☒
SI		No	
SI		No	
SI		No	

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
Cargo:

Venker Ochoa
DLS

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

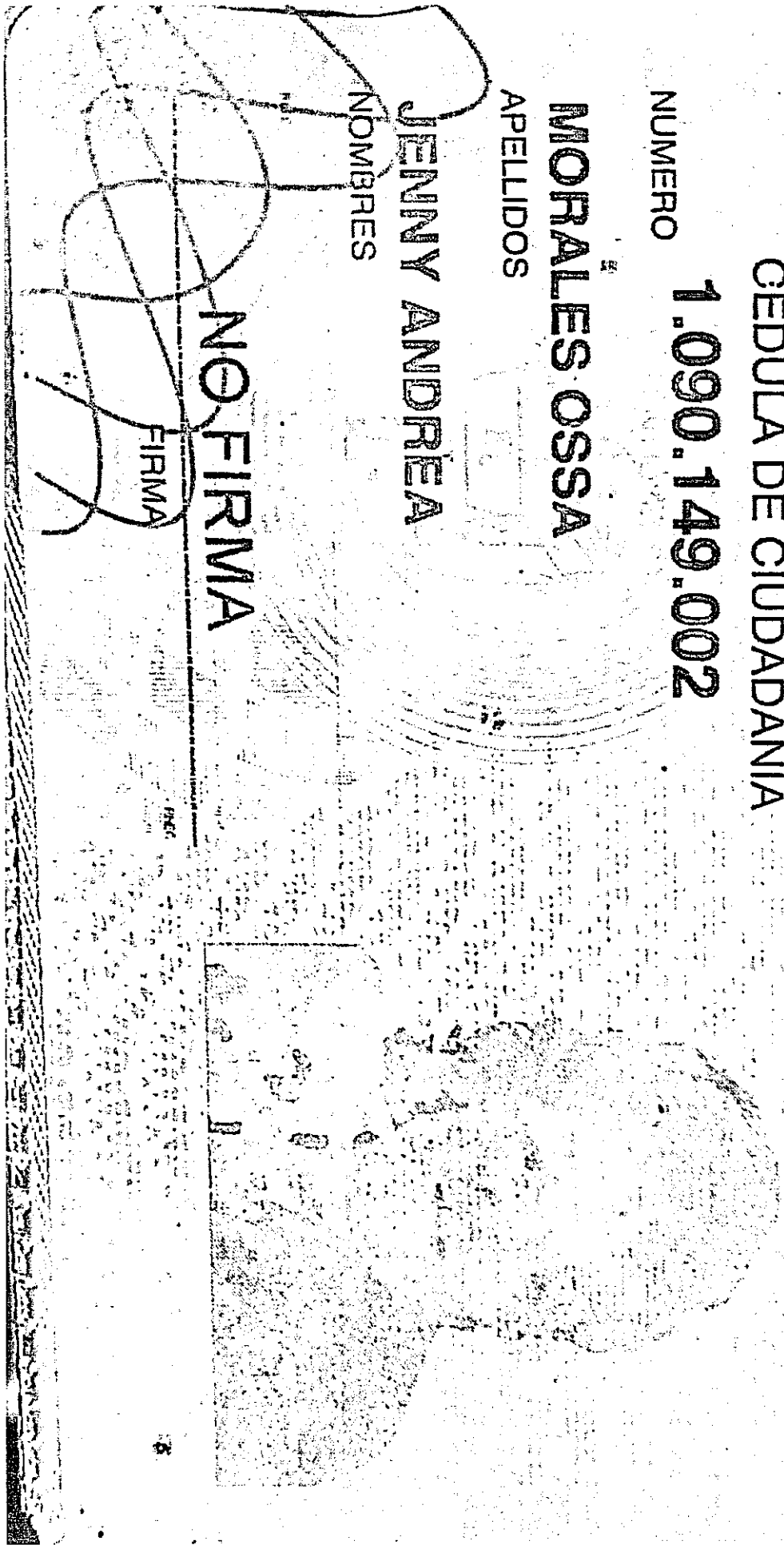
NUMERO
1.090.149.002

APELLIDOS
MORALES OSSA

NOMBRES
JENNY ANDREA

NO FIRMA

FIRMA



3137633526.

H.C.
1:00 pm

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Santuario
Alcalalio

20 1 2023

20 1 2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tipo de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiriere):

Teléfono de contacto:

Jimmy Andres Sanchez Sierra.
11 1085720096
105 Galias
3137633526
Santuario.

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

999924
21.5

20 1 2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

No

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

No

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

No

Persona de apoyo

Si

No

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

(11)



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-FEB-2010

PEREIRA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

15-FEB-2028

FECHA DE VENCIMIENTO

05-JUN-2017 PEREIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A+
G S RH

M
SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACA



P-2400100-00911252-M-1085720096-20170608

0055603685A.1

4564472748

Cel: 3137633526
B/ La Palma

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.085.720.096

SANCHEZ SIERRA

APELLIDOS

JIMMY ANDRES

NOMBRES



Jimmy
FIRMA

1:30

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Santuario		
Alcalalía		

Fecha de solicitud de la orden:

YY	MM	DD
20	1	2023

Fecha de expedición de la orden:

YY	MM	DD
20	1	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

Alvaro de Jesus Grillo Ibarra
CC 3365682
323.3843467
Santuario

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

956814
SVS

Fecha de Certificado de Discapacidad:

YY	MM	DD
20	1	2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:	Mtn	
El usuario requiere consulta domiciliaria:	Si ☐	No ☒
Necesidades de apoyo:		
Movilidad	Si ☐	No ☐
Comunicación y acceso a la comunicación	Si ☐	No ☐
Persona de apoyo	Si ☐	No ☐

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre: Yennifer Bohua
Cargo: DL

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 3.365.682

GIRALDO IBARRA

APELLIDOS

ALVARO DE JESUS

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 30-ABR-1954

BETULIA
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

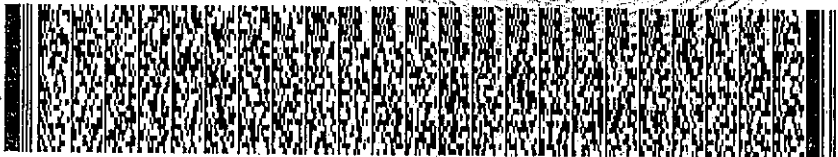
B-
G.S. RH

M
SEXO

09-OCT-1975 AMAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-3102800-00144958-M-0003365682-20081231 0009238435A 1 3230004201

2:00 pm

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Santuario		
Alcalalra		

Fecha de solicitud de la orden:

YY	MM	DD
20	1	2023

Fecha de expedición de la orden:

YY	MM	DD
20	1	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

Gloria Nancy Gallo Grayalor		
CC 24415457		
Los Pinos		
3122961166		
Santuario		

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

597902		
SIS		

Fecha de Certificado de Discapacidad:

YY	MM	DD
20	1	2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

☐

No

☒

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

☒

No

☐

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

☐

No

☐

Persona de apoyo

Si

☐

No

☐

Observaciones:

--

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Yanifer Bohor

Cargo:

PLS

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

13

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 24.415.457
GALLO GRAJALES

APELLIDOS
GLORIA NANCY

NOVEDRES

Gloria Gallo

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-FEB-1984

APIA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50

O+

F

ESTATURA

G.S. RH.

SEXO

09-DIC-2002 APIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VARGAS



A-2409400-00853249-F-0024415457-20161004

0051631176A 1

38052390

2:30

	<p>DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD</p> <p>GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD</p>
	<p>Version: 0</p> <p>Vigencia 08-2022</p>

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITE LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Santuario

Alcaldia

20 | 1 | 2023

20 | 1 | 2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tipo de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiriere):

Teléfono de contacto:

Gilberto Antonio Arroyave Hincapié.

CC 6235911

3147890351

Santuario

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

1087181

845

20 | 1 | 2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

No

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

No

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

No

Persona de apoyo

Si

No

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

14

3:00pm

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N° _____

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Santuario		
Alcalalosa		

Fecha de solicitud de la orden:

20	1	2023
----	---	------

Fecha de expedición de la orden:

20	1	2023
----	---	------

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

Jhon Paul Montoya Sanchez.		
10875402 21		
Barralosa		
3147773042		
Santuario		

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

1046599		
545		

Fecha de Certificado de Discapacidad:

20	1	2023
----	---	------

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Man

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si
Si
Si
Si
Si

No
No
No
No
No

X

Observaciones:

--

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
Cargo:

Jhon Paul Montoya Sanchez

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.087.549.721

MONTOYA SANCHEZ

APELLIDOS

JHAN PAUL

NOMBRES

Jhan Paul Montoya

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-JUN-2006

LA VIRGINIA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

22-JUN-2024
FECHA DE VENCIMIENTO

A+
G S RH

M
SEXO

09-JUL-2013 LA VIRGINIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARBEL RANCIQUE FORNIEZ

INDICE DERECHO



P-2404600-00458904-M-1087549721-20130622

0034523100A 1

38255831

4:00

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Santuario		
Alcaldía		

Fecha de solicitud de la orden:

YY	MM	DD
20	1	2023

Fecha de expedición de la orden:

YY	MM	DD
20	1	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

Carolina Aguirre Monter.		
TI 1089983 082		
Calle Real		
310 5461699		
SANTUARIO.		

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

925910		
SVS		

Fecha de Certificado de Discapacidad:

YY	MM	DD
20	1	2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Man

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si
Si
Si
Si
Si

No
No
No
No
No

X

Observaciones:

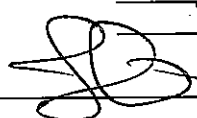
--

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
Cargo:

Genifer Ochoa
PLS

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.



FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.089.933.082
AGUIRRE MONTES

APELLIDOS
CAROLINA

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 26-OCT-2005
PEREIRA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO
26-OCT-2023

FECHA DE VENCIMIENTO
10-ENE-2013 SANTUARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AREL SANCHEZ TORRES

P-2409400-00495501-F-1089933082-20131015 0035482188G 1 5020899587



3:30

 <p>Gobernación de RISARALDA "Sentimiento de Nación"</p>	<p>DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD</p> <p>GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD</p>
	<p>Version: 0</p> <p>Vigencia 08-2022</p>

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITE LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Santuario
Alcalalra

YYY MM DD
20 1 2023

YYY MM DD
20 1 2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tipo de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiriere):

Teléfono de contacto:

Dora Lilia Espulveda Botero
25196409
Calechay
3235913471
Santuario

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

936596
845

YYY MM DD
20 1 2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

No

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

No

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

No

Persona de apoyo

Si

No

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

117

4:30

	<p>DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD</p> <p>GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD</p>
	<p>Version: 0</p> <p>Vigencia 08-2022</p>

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Santuario		
Alcaldia		

Fecha de solicitud de la orden:

YY	MM	DD
20	1	2023

Fecha de expedición de la orden:

YY	MM	DD
20	1	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

Benjamin Bruna Ebaa.	
CC	9992981
Astor del Tatama	
217	5953793
Santuario	

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

830207
SY5

Fecha de Certificado de Discapacidad:

YY	MM	DD
20	1	2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Min

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si	☐	No	☒
Si	☐	No	☐
Si	☐	No	☐
Si	☐	No	☐

Observaciones:

--

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
Cargo:

Campeón Ochoa

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

8:00

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Santuario		
Alcalalía		

Fecha de solicitud de la orden:

YY	MM	DD
20	1	2023

Fecha de expedición de la orden:

YY	MM	DD
20	1	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

Belisario Antonio Cuervo Sanchez		
CC 8252349		
San 2023		
3215926516		
Santuario		

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

S29147		
SYS		

Fecha de Certificado de Discapacidad:

YY	MM	DD
20	1	2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Min

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

--

No

X

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

--

No

--

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

--

No

--

Persona de apoyo

Si

--

No

--

Observaciones:

--

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

Lemper Andrea
EPS

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

5:30 pm

	<p>DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD</p> <p>GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD</p>
	<p>Version: 0</p> <p>Vigencia 08-2022</p>

ORDEN N° _____

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Santuario
Alcalalva

Fecha de solicitud de la orden:

YY MM DD
20 1 2023

Fecha de expedición de la orden:

YY MM DD
20 1 2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tío de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

Angelina Maria Castañeda Castañeda
CE 125195690
Bernedy
3122257395
Santuario

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

568461
SYF

Fecha de Certificado de Discapacidad:

YY MM DD
20 1 2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Umm

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si ☐ No ☒

Necesidades de apoyo:

Si ☐ No ☐

Movilidad

Si ☐ No ☐

Comunicación y acceso a la comunicación

Si ☐ No ☐

Persona de apoyo

Si ☐ No ☐

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

Yennifer Ochoa
DIS

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **25.195.690**

CASTAÑEDA CASTAÑEDA
APELLIDOS

ANGELICA MARIA
NOMBRES

NO FIRMA



OK
2



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
SANTUARIO
(RISARALDA)

03-NOV-1978

LUGAR DE NACIMIENTO

1.39

ESTATURA

O+

G.S. RH

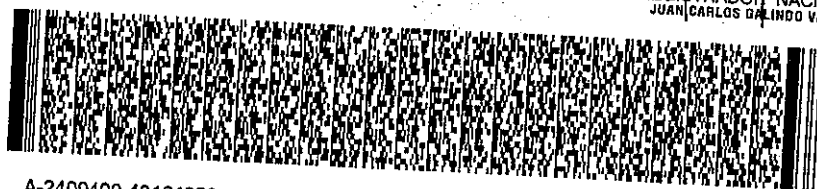
F

SEXO

21-ABR-1997 SANTUARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-2409400-43161353-F-0025195690-20070719

0057507200N 02 212947136

TV = 3122257395

Kennedy Cir 9 # 11B-08.

Mcve Castorick name

9:00

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Santuario		
Alcaldía		

Fecha de solicitud de la orden:

20	1	2023
----	---	------

Fecha de expedición de la orden:

20	1	2023
----	---	------

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

Juan Pablo Gonzalez Graldo.
cc 1096130372
Cra 4ta
3208886189 - 3148281154
Santuario

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

771933
SYS

Fecha de Certificado de Discapacidad:

20	1	2023
----	---	------

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

--

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

--

No

--

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

--

No

--

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

--

No

--

Persona de apoyo

Si

--

No

--

Observaciones:

--

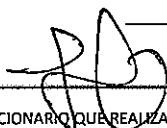
5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

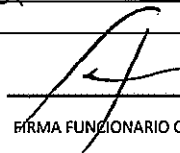
Yenifer Bohia

Cargo:

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.



FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Sanuario		
Alcalalá		

Fecha de solicitud de la orden:

DD	MM	AAAA
20	1	2023

Fecha de expedición de la orden:

DD	MM	AAAA
20	1	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

Michael Valencia Orozco	
TI 1093 558634	
La Marina	
317257750	
Sanuario	

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

586682	
SYS	

Fecha de Certificado de Discapacidad:

DD	MM	AAAA
21	1	2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Min

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si	☐	No	☒
Si	☐	No	☐
Si	☐	No	☐
Si	☐	No	☐

Observaciones:

--

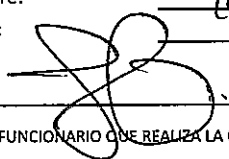
5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

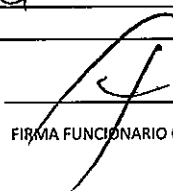
Nombre:
Cargo:

Vander Ochoa
DLS

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.





7:30

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Santuario		
Alcaldía		

DD	MM	AAAA
29	1	2023

DD	MM	AAAA
19	1	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tipo de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiriere):

Teléfono de contacto:

Edgardo Páez Márquez
CC 4580394
Vda la Comaralda
3103738203
Santuario

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

1046912
345

DD	MM	AAAA
24	1	2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Comunicación y acceso a la comunicación

Persona de apoyo

Si

☐

No

☒

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Observaciones:

--

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.


BLS





* 8:00
am
Sabado

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Santuario		
Alcalalidia.		

19	1	2023
----	---	------

19	1	2023
----	---	------

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tio de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiriere):

Teléfono de contacto:

María Valentina Ramirez Galloza		
1114091231		
Barrio Popular		
3127125435		
Santuario.		

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

496966		
545		

21	1	2023
----	---	------

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Comunicación y acceso a la comunicación

Persona de apoyo

Si

☐

No

☒

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Observaciones:

--

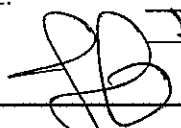
5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

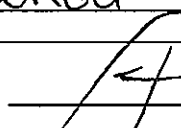
Nombre:

Cargo:

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

 Y. Lopez A. Ochoa
DL5



 **FECHA DE NACIMIENTO** 28-ENE-2008
ANSERMANUEVO
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
28-ENE-2026
FECHA DE VENCIMIENTO
18-JUN-2015 SANTUARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

 A+ F
G S RH SEXO

INDICE DERECHO



REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARBEL MANCHEZ TORRES

P-2409400-00745719-F-1114091231-20150911 0046393141A 1 40421017

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.114.091.231
RAMIREZ GALLEGU
APELLIDOS
MARIA VALENTINA
NOMBRES



Valentina Ramilas
FIRMA

9 an

 <p>Gobernación de RISARALDA Sentimiento de Todos</p>	<p>DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD</p> <p>GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD</p>
	<p>Version: 0</p> <p>Vigencia 08-2022</p>

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Santuario
Alcaldia

Fecha de solicitud de la orden:

19 / 1 / 2023

Fecha de expedición de la orden:

19 / 1 / 2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

Guillermo Leon Arteaga Gállego
4588387
la breña
3122893081
Santuario

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

984534
SVS

Fecha de Certificado de Discapacidad:

21 / 1 / 2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

hah

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si ☐

No ☒

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si ☐

No ☐

Comunicación y acceso a la comunicación

Si ☐

No ☐

Persona de apoyo

Si ☐

No ☐

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

Leidy Gállego
DL

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

8:30

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Santuario
Alcaldía.

19 | 1 | 2023

19 | 1 | 2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tipo de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiriere):

Teléfono de contacto:

Carlos Mario Valencia Gonzalez
1040150669
la bomba
3117522727
Santuario.

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

615632
SIS

21 | 1 | 2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

No

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

No

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

No

Persona de apoyo

Si

No

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

9430

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Santuario		
Alcalalía.		

YY	MM	DD
19	1	2023

YY	MM	DD
19	1	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tipo de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiriere):

Teléfono de contacto:

Gabriel Angel Ramirez Jurado.		
14106550		
3226134203		
Santuario.		

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

630144		
SYD		

YY	MM	DD
21	1	2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Wm

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

--

No

X

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

--

No

--

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

--

No

--

Persona de apoyo

Si

--

No

--

Observaciones:

--

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

Enrique A. Ochoa

[Firma]

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

[Firma]

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

(27)

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITE LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Santuario
Alcaldía

19 | 1 | 2023

19 | 1 | 2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tipo de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiriere):

Teléfono de contacto:

Doña Guillermo Navarro Navarro
43899241
Catalina
3217635588
Santuario

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

936598
SVS

21 | 1 | 2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico tratante)

Fuente de financiación:

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Comunicación y acceso a la comunicación

Persona de apoyo

Si

☐

No

☒

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

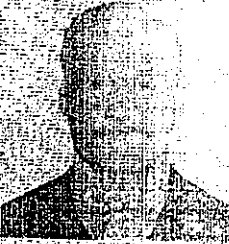
REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.589.454

NAVARRO NAVARRO
 APELLIDOS

JOSE GUILLERMO
 NOMBRES

JOSE GUILLERMO NAVARRO
 FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-MAY-1964

SANTUARIO
 (RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 A+ M
 ESTATURA G.S. RH SEXO

25-SEP-1982 SANTUARIO
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
 JUAN CARLOS GILINDO VARELA




A-2409400-54182183-M-0004589454-20071221 0006807354G 02 248294816

10:30pm

 <p>Gobernación de RISARALDA Sentimiento de Todos</p>	<p>DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD</p> <p>GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD</p>
	<p>Version: 0</p> <p>Vigencia 08-2022</p>

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITE LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Eps Santuario		
Alcalalía		

DD	MM	AAAA
19	1	2023

DD	MM	AAAA
19	1	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tipo de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiriere):

Teléfono de contacto:

Gre Federico Medina Augusta.		
1040149649		
la Marina		
3226937560		
Santuario		

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

825750		
SIS		
DD	MM	AAAA
21	1	2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Comunicación y acceso a la comunicación

Persona de apoyo

Si

☐

No

☒

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Observaciones:

--

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

Nombre:	Yennifer A. Cárdena
Cargo:	PLS
FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.	FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

(29)

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.090.149.649**

MEDINA HIGUITA

APELLIDOS

ERI FEDERICO

NOMBRES

Eri Federico Medina Higuita

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **23-JUL-2010**

SANTUARIO
(RISARALDA)
 LUGAR DE NACIMIENTO

23-JUL-2028
 FECHA DE VENCIMIENTO

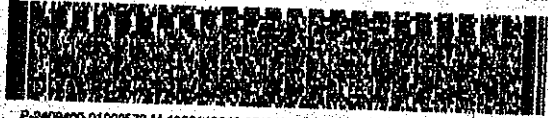
20-MAR-2018 SANTUARIO
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+
 G S RH

M
 SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
 SUMI GARCIA GARCIA VALDE

INDICE DERECHO



P-2409400-01004573-44-1000149649-20180524 0061283495A 1 48301641

 <p>Gobernación de RISARALDA Sentimiento de todos</p>	<p>DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD</p> <p>GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD</p>
	<p>Version: 0</p> <p>Vigencia 08-2022</p>

ORDEN N° _____

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Santuario
Alcaldía

20 | 1 | 2023

20 | 1 | 2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tipo de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiere):

Teléfono de contacto:

Alma del Socorro Palacio Vargas
cc 25193897
Centro
3127740386
Santuario

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

554680
SYS
21 | 1 | 2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Min

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

☐

No

☒

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

☐

No

☐

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

☐

No

☐

Persona de apoyo

Si

☐

No

☐

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

PLS Dchoa
[Firma]
[Firma]

FIRMA FUNCIONARIO QUE EMITE LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 25.193.897

PALACIO VARGAS

APELLIDOS

ALMA DEL SOCORRO

NOMBRES

Alma Palacio

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-ABR-1966
SANTUARIO
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52

A+

F

ESTATURA

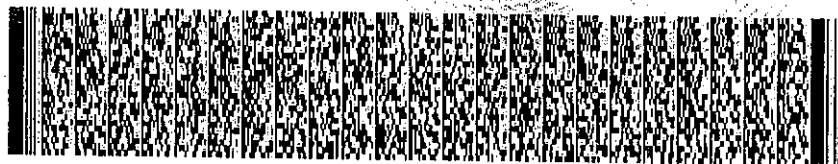
G.S. RH

SEXO

26-SEP-1986 SANTUARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2409400-00262561-F-0025193897-20101027

0024552236A 1

24933854

11:30

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N° _____

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Santuario		
Alcaldía		

YY	MM	DD
19	1	2023

YY	MM	DD
19	1	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tipo de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiriere):

Teléfono de contacto:

Gerardo Cuervo Marr.		
10602029.		
3122991287		
Santuario.		

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

709145		
675		

YY	MM	DD
21	1	2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Comunicación y acceso a la comunicación

Persona de apoyo

Si

☐

No

☒

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Observaciones:

--

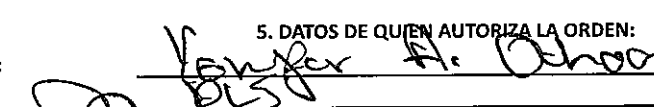
5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

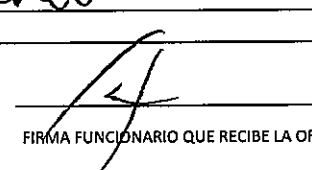
Nombre:

Cargo:

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.





31

1:00 pm HC

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Santuario.		
Alcaldía.		

Fecha de solicitud de la orden:

19	1	2023
----	---	------

Fecha de expedición de la orden:

19	1	2023
----	---	------

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

Alba Heredia Pulgarn Ror.		
25195374		
105 Calle 105		
313739994.		
Santuario.		

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

378919
245

Fecha de Certificado de Discapacidad:

21	1	2023
----	---	------

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

mn

El usuario requiere consulta domiciliaria:

SI

--

No

8

Necesidades de apoyo:

Movilidad

SI

--

No

--

Comunicación y acceso a la comunicación

SI

--

No

--

Persona de apoyo

SI

--

No

--

Observaciones:

--

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Yennifer Ochoa

Cargo:

EPS.

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

32

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 25.195.374

PULGARIN RIOS

APELLIDOS

ALBA NIDIA

NOMBRES

[Handwritten signature]
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-FEB-1976

SANTUARIO
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

10-ABR-1995 SANTUARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Handwritten signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2409400-00618479-F-0025195374-20140903

0039857094A 2

99277911

4 pm

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Santuario
Alcaldia

19 / 1 / 2023

19 / 1 / 2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tipo de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiriere):

Teléfono de contacto:

Verson Andres Villa Algarin.
311093858366
las Palmas
3113739994.
Santuario.

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

618604
EPS
2 / 1 / 2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Comunicación y acceso a la comunicación

Persona de apoyo

Si

Si

Si

Si

No

No

No

No

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

33

1:30 pm

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Santuario		
Alcaldía		

DD	MM	AA
19	1	2023

DD	MM	AA
19	1	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tipo de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiriere):

Teléfono de contacto:

Mariana Taborda Mora
IT 1093558865
las palmas
312 2177140
Santuario

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

955254
SVS

DD	MM	AA
21	1	2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico tratante)

Fuente de financiación:

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Comunicación y acceso a la comunicación

Persona de apoyo

Si	☐	No	☒
Si	☐	No	☐
Si	☐	No	☐
Si	☐	No	☐

Observaciones:

--

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

(34)

2:30 pm

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Santuario		
Alcaldia		

Fecha de solicitud de la orden:

YY	MM	DD
19	1	2023

Fecha de expedición de la orden:

YY	MM	DD
19	1	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

Nicolas Rodriguez Correal		
1093559193		
El Tambo		
Santuario		

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:
Fecha de Certificado de Discapacidad:

829618		
SY5		
YY	MM	DD
21	1	2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

win

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si	☐	No	☒
Si	☐	No	☐
Si	☐	No	☐
Si	☐	No	☐

Observaciones:

--

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
Cargo:

Veniper Ochoa
DL3

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.



FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



2:00 pm

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Santuario		
Alcaldía		
YYY	MM	DD

20	1	2023
----	---	------

20	1	2023
----	---	------

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tipo de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiriere):

Teléfono de contacto:

Diego Fernando Carralero Osorio		
9988422		
El Jambo		
310 872 3420		
Santuario		

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

891465		
SIS		
YYY	MM	DD

21	1	2023
----	---	------

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

No

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

No

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

No

Persona de apoyo

Si

No

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.


INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-MAR-1980
SANTUARIO
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
25-ENE-2000 SANTUARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-2409400-54080852-M-0009958122-20000524 00792.00145A 01 086546703

3108223420

*Prope Lucinda Perea.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 9958122

CORRALES OSORIO
APELLIDOS
DIEGO FERNANDO
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA



5.30
pm

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITE LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Santuario
Alcaldeia

19 | 1 | 2023

19 | 1 | 2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tio de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiere):

Teléfono de contacto:

Marta Luz Mary Rivera Ordoñez
29693657
Las Bolas
312652-0714
Santuario.

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

1054816
SES

21 | 1 | 2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

mon

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

☐

No

☒

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

☐

No

☐

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

☐

No

☐

Persona de apoyo

Si

☐

No

☐

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

Yenifer A. Ochoa
DPS

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

(33)

3126520714

3 pm HC.

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N° _____

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITE LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Santuario
Alcalde

19 | 1 | 2023

19 | 1 | 2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tío de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiriere):

Teléfono de contacto:

Carlos Andres Moreno Hernandez
1096148739
La Bonhedy
3134454864
Santuario

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

435995
SES

21 | 1 | 2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Wih

El usuario requiere consulta domiciliaria:

SI ☐

No ☒

Necesidades de apoyo:

Movilidad

SI ☐

No ☐

Comunicación y acceso a la comunicación

SI ☐

No ☐

Persona de apoyo

SI ☐

No ☐

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

Yennifer Ochoa
PS

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

OK
R

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.090.148.739

NUMERO

MORENO HERNANDEZ

APELLIDOS

CARLOS ANDRES

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 02-JUN-1988

SANTUARIO
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

30-ENE-2007 SANTUARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VIEIRA



P-2409400-43162062-M-1090148739-20070803 05908072140 02 212942914

3:30

 Gobernación de RISARALDA Sentimiento de Fador.	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
	Version: 0 Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Santuario
Alcalalía.

19 | 1 | 2023

19 | 1 | 2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tipo de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiriere):

Teléfono de contacto:

Doralba Ariza Perez
21011722
Santa Fe.
3147775230
SANTUARIO.

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

973411
SYS

21 | 1 | 2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

min

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

☐

No

☒

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

☐

No

☐

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

☐

No

☐

Persona de apoyo

Si

☐

No

☐

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

Kenyer Ochoa
OPS

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

39

5:00pm

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Santuario		
Alcalalá		
EPS:		

DD	MM	AA
19	1	2023

DD	MM	AA
19	1	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tipo de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiere):

Teléfono de contacto:

Person de Jesus Arenas Carmona.		
9958267		
las palmas		
3217169628		
Santuario.		

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

866520		
525		
DD	MM	AA
21	1	2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Comunicación y acceso a la comunicación

Persona de apoyo

Si

--

No

2

Si

--

No

--

Si

--

No

--

Si

--

No

--

Observaciones:

--

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

40

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO **9958267**
ARENAS CARMONA
APELLIDOS
NELSON DE JESUS
NOMBRES
NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **05-AGO-1973**
SANTUARIO
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 **A+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO
18-SEP-2000 SANTUARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-2409400-5408811-M-0009968267-20010420 03578 01006A 02 004306586

4:30

	<p>DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD</p> <p>GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD</p>
	<p>Version: 0</p> <p>Vigencia 08-2022</p>

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Sanuario
Alcaldía

19 | 1 | 2023

19 | 1 | 2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tipo de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiriere):

Teléfono de contacto:

Martha Isabel Restrepo.
1090148869
Salda la Virginia
313 712 4641
Sanuario

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

968965
SYS
21 | 1 | 2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Comunicación y acceso a la comunicación

Persona de apoyo

Si No Si No Si No Si No

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

41

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.090.148.869**
RESTREPO CALVO

APELLIDOS
MARTHA ISABEL

NOMBRES

Martha Isabel Calvo

FIRMA



OK
R

FECHA DE NACIMIENTO **24-ENE-1989**

QUINCHIA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.44
ESTATURA

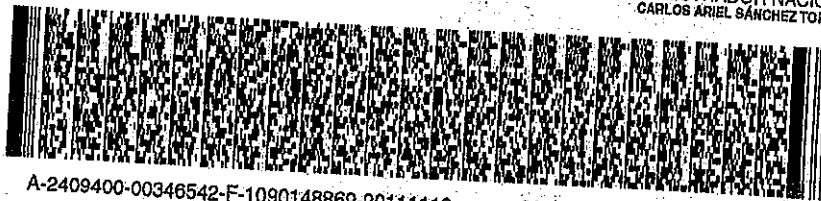
O+
G.S. RH

F
SEXO

13-JUN-2007 SANTUARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2409400-00346542-F-1090148869-20111118

0028511350A 1

30502625

tel 313 712 46 41

7:0

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Sanuario		
Alcalalía		

YY	MM	DD
24	1	2023

YY	MM	DD
24	1	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tipo de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiriere):

Teléfono de contacto:

Juan Carlos Pareja Osorio
1088350194
3122169176
Sanuario

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

403655
SXS
YY MM DD
28 1 2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

No

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

No

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

No

Persona de apoyo

Si

No

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

(42)

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

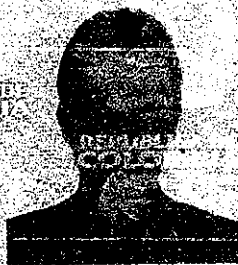
NUMERO **1.088.350.194**

PAREJA OSORIO

APELLIDOS
JUAN CARLOS

NOMBRES
Juan Carlos Pareja O.

FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-AGO-1998**

TULUA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 **O+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

08-AGO-2016 PEREIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GARCIA YACUA



P-2400100-00849561-M-1088350194-20160917 0051275080A 1 46191385

Celular. 3122169176 de la Mama
 3113474352 de la Tia.

7:30

	<p style="text-align: center;">DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD</p> <p style="text-align: center;">GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD</p>
	<p>Version: 0</p> <p>Vigencia 08-2022</p>

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Santuario
Alcaldía

Fecha de solicitud de la orden:

24 / 1 / 2023

Fecha de expedición de la orden:

24 / 1 / 2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si aplica):
Teléfono de contacto:

Sara Marcela Betancort Salazar.
1087557833 T.F.
3105484980
Santuario

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorizado (según Resolución RLCPD):
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

813418
SES

Fecha de Certificación de discapacidad:

28 / 1 / 2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

wh

El usuario requiere asistencia domiciliar:

Si ☐

No

☒

Necesidades de:

Movilidad

Si ☐

No

☐

Comunicación y acceso a la comunicación

Si ☐

No

☐

Persona de apoyo

Si ☐

No

☐

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

Rensar Ochoa

FIRMA FUNCIONARIO

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO: 1.087.557.833
BETANCUR SALAZAR
APELLIDOS
SARA MANUELA
NOMBRES

Sara
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-FEB-2013
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
05-FEB-2031
FECHA DE VENCIMIENTO
17-FEB-2020 LA VIRGINIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE / ZUJERDO

0+
G S RH
SEXO: F

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-2404800-01137012-F-1087557833-20200310 0070520040A 2 4565872202

8:00 Pto
Aprobación
y envío He

 GOBIERNO DE RISARALDA Servicio de Todos	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N° _____

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITE LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Santuario		
Alcalalía		

DD	MM	AAAA
24	1	2023

DD	MM	AAAA
24	1	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tío de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiriere):

Teléfono de contacto:

Luis Marino Castaño Vargas		
9992308		
San Jorge		
3216813532		
Santuario		

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

870858		
SYS		
DD	MM	AAAA
28	11	2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Comunicación y acceso a la comunicación

Persona de apoyo

Si

☐

No

☒

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Observaciones:

--

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

44

8:30

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Santuario		
Alcaldia.		

YY	MM	DD
24	1	2023

YY	MM	DD
24	1	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tío de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiere):

Teléfono de contacto:

Samuel	2012	2.05
1040151463	EC	
Carretera 10 # 3-29		
310 3915450.		
Santuario		

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

771814
545

YY	MM	DD
28	1	2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

MCH

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

--

No

--

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

--

No

--

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

--

No

--

Persona de apoyo

Si

--

No

--

Observaciones:

--

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

Kenner A. Ochoa Guarin
BLS

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

45

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.090.151.463

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 38295662

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código N 1 C

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

REGISTRADURIA DE SANTUARIO - COLOMBIA - RISARALDA - SANTUARIO.....

Datos del inscrito

Primer Apellido RUIZ..... Segundo Apellido RIOS.....

Nombre(s) SAMUEL.....

Fecha de nacimiento Año 2022 Mes SEP Día 20 Sexo (en letras) MASCULINO..... Grupo sanguíneo O..... Factor RH POSITIVO.....

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

COLOMBIA RISARALDA PEREIRA.....

Tipo de documento antecedente a Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO.....

Número certificado de nacido vivo

22095710100869.....

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos RUIZ RIOS LICETH DANIELA.....

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.090.150.314.....

Nacionalidad COLOMBIA.....

Datos del padre

Apellidos y nombres completos.....

Documento de identificación (Clase y número).....

Nacionalidad.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos RUIZ RIOS LICETH DANIELA.....

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.090.150.314.....

Firma Liceth Daniela Ruiz R.

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

Año 2022 Mes SEP Día 26

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JUAN CAMILO LONDONO HERNANDEZ -

Nombre y firma

Reconocimiento notario

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

26.SEP.2022 - ACTA COMPLEMENTARIA - 10 DEL 2022.

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

9:00 am

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Santuario		
Alcalalía		

YY	MM	DD
24	1	2023

YY	MM	DD
24	1	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tipo de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiriere):

Teléfono de contacto:

Enrique Callejo Osorio	
1093351853 2C	
Kenedy	
3213931505	
Santuario	

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

910361		
SIS		
YY	MM	DD
28	1	2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Comunicación y acceso a la comunicación

Persona de apoyo

Si

☐

No

☒

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

46



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud
GESTIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Version: 0

Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

YYY MM DD
24 1 2023

YYY MM DD
24 1 2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tipo de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiriere):

Teléfono de contacto:

Enba Joana Bedoya B.
1087357336
Alto del Totama
3127040220
Santuario.

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

SY5 B65118
28 1 2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

mh

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

☐

No

☒

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

☐

No

☐

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

☐

No

☐

Persona de apoyo

Si

☐

No

☐

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

Renfer Ochoa
PLS

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

47

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.087.557.336

BEDOYA BEDOYA

APELLIDOS

ERIKA JOANA

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO

12-AGO-1992

APIA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.35

O+

F

ESTATURA

G.S. RH

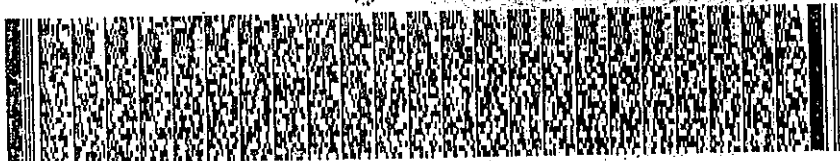
SEXO

28-AGO-2012 LA VIRGINIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-2404600-00413606-F-1087557336-20121127

C031780187A 1

37274824

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N° _____

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Santuario
Alcaldia

YY MM DD
24 1 2023

YY MM DD
24 1 2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tipo de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiriere):

Teléfono de contacto:

Orlando Wilson Bedoya Bedoya
1087537327
Altos del Talamo
3123040220
Santuario

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

683656
SYS
YY MM DD
28 1 2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

man

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

☐

No

☒

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

☐

No

☐

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

☐

No

☐

Persona de apoyo

Si

☐

No

☐

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

Ramiro Ochoa
DPS

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.087.557.337

BEDOYA BEDOYA

APELLIDOS

DIANA MILENA

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-MAY-1994

APIA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.38
ESTATURA

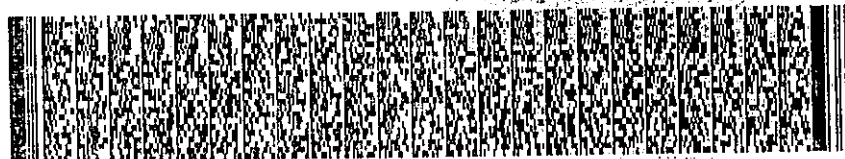
O+
G.S. RH

F
SEXO

28-AGO-2012 LA VIRGINIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-2404600-00405853-F-1087557337-20121016

0031436117A-1

37274825

130

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Santuario		
Alcalde		

Fecha de solicitud de la orden:

YY	MM	DD
24	1	2022

Fecha de expedición de la orden:

YY	MM	DD
24	1	2022

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

Pratiana Ingrida Bedoya B.	
1113396337	
Alto del Tatama	
312 40220	
Santuario	

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

462718	
SXS	

Fecha de Certificado de Discapacidad:

YY	MM	DD
28	1	2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico tratante)

Fuente de financiación:

mm

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si	☐	No	☒
Si	☐	No	☐
Si	☐	No	☐
Si	☐	No	☐

Observaciones:

--

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

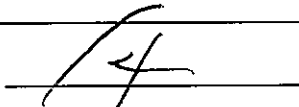
Nombre:
Cargo:

Viceministro de Salud

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.



FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.193.396.337

BEDOYA BEDOYA

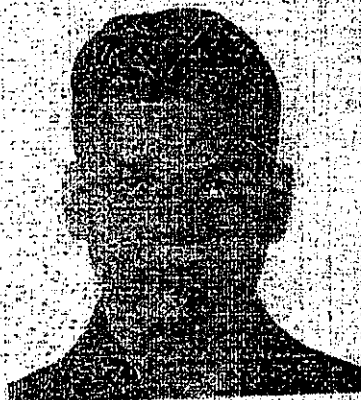
APELLIDOS

CRISTIAN MAURICIO

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO

01-MAR-2000

PEREIRA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.49

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

30-MAY-2018 SANTUARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO



P-2409400-01018348-M-1193396337-20180628

0061739617A 1

48391773

5:30

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Santuario		
Alcalde		

24	1	2023
----	---	------

24	1	2023
----	---	------

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tio de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiriere):

Teléfono de contacto:

Ortega de Juan Moreno Hernandez.		
21695999		
Borwonpl.		
3218151629.		
Santuario.		

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

1089963		
SYS		
28	1	2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

man

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

☒

No

☒

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

☐

No

☐

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

☐

No

☐

Persona de apoyo

Si

☐

No

☐

Observaciones:

--

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

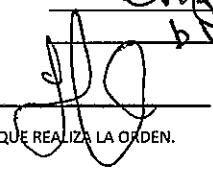
Nombre:

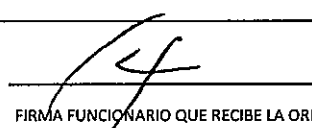
Cargo:

Ramiro Ochoa
EPS

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.





50

9:30

	<p>DEPARTAMENTO DE RISARALDA</p> <p>Secretaría de salud</p> <p>GESTIÓN EN SALUD</p>
	<p>GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</p> <p>ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO</p> <p>CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD</p>
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Santuario		
Alcalde		

Fecha de solicitud de la orden:

YY	MM	DD
24	1	2023

Fecha de expedición de la orden:

YY	MM	DD
24	1	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiere):
Teléfono de contacto:

Javier de Jesús Cañan Moreno	
99 80684	
Popular	
3217 884588	
Santuario	

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

691963	
SVS	

Fecha de Certificado de Discapacidad:

YY	MM	DD
28	1	2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

mon

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si	☐	No	☒
----	--------------------------	----	-------------------------------------

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si	☐	No	☐
----	--------------------------	----	--------------------------

Comunicación y acceso a la comunicación

Si	☐	No	☐
----	--------------------------	----	--------------------------

Persona de apoyo

Si	☐	No	☐
----	--------------------------	----	--------------------------

Observaciones:

--

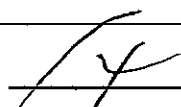
5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

Renisper Ochoa
DLS


FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.


FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

(51)

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **9.958.684**

GAÑAN MORENO
APELLIDOS

JAVIER DE JESUS
NOMBRES

NO FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-JUL-1971**

SANTUARIO
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.35
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

28-JUL-2003 SANTUARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabeatriz Rengifo López
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-2409400-70126093-M-0009958684-20040430

0008404121I 01 133876735

Sabado 10:00

	<p style="text-align: center;">DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD</p> <p style="text-align: center;">GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD</p>
	<p>Version: 0</p> <p style="text-align: right;">Vigencia 08-2022</p>

ORDEN N° _____

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Santuario
Alcaldía

Fecha de solicitud de la orden:

24 1 2023

Fecha de expedición de la orden:

24 1 2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

Walter Emilio Toro Muñoz.
9955213
Santander.
3206570539
Santuario.

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

362216. 1057882
SIS

Fecha de Certificado de Discapacidad:

28 1 2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Min

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

☐

No

☒

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

☐

No

☐

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

☐

No

☐

Persona de apoyo

Si

☐

No

☐

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

Enrique Bohor
BOS

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 9.955.213

TORO MUÑOZ

APELLIDOS

WBER EMILIO

NOMBRES

Huberth Emilio Torom

FIRMA



3206570539

2



FECHA DE NACIMIENTO 26-OCT-1965

ROLDANILLO
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

09-DIC-1983 SANTUARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

IN DICE DERECHO



A-2409400-00185005-M-0009955213-20091010

0017038261A 1

5020045865

10

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITE LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:

Nombre de la entidad que emite la orden:

EPS:

Fecha de solicitud de la orden:

Fecha de expedición de la orden:

Santuario
Alcaldía

YY MM DD
24 1 2023

YY MM DD
24 1 2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:

Tipo de Documento:

Dirección:

Teléfono:

Municipio de residencia:

Correo electrónico:

Representante (si lo requiriere):

Teléfono de contacto:

Isabella Munillo García.
TI 114152343
3157080775
Santuario

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)

IPS Autorizada:

Tipo de discapacidad:

Fecha de Certificado de Discapacidad:

867729
SIS
YY MM DD
28 1 2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

No

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

No

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

No

Persona de apoyo

Si

No

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

3157080775.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.114.152.343**
APELLIDOS **MURILLO GARCIA**
NOMBRES **ISABELA**

NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **12-ENE-2007**
CARTAGO
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
FECHA DE VENCIMIENTO **12-ENE-2025**
O+ F
G S RH SEXO
30-SEP-2014 SANTUARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-2409400-00661693-F-1114152343-20150127 0042559160A 1 40420487

11:00

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Santuario		
Alcaldia		

Fecha de solicitud de la orden:

YY	MM	DD
24	1	2023

Fecha de expedición de la orden:

YY	MM	DD
24	1	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

Miguel Angel Rodriguez Correal
10903559/24
Santa Fe
3215785234
Santuario

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

303199
SVS

Fecha de Certificado de Discapacidad:

YY	MM	DD
28	1	2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

win

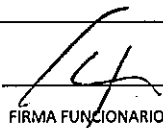
El usuario requiere consulta domiciliaria:	Si	☐	No	☒
Necesidades de apoyo:	Si	☐	No	☐
Movilidad	Si	☐	No	☐
Comunicación y acceso a la comunicación	Si	☐	No	☐
Persona de apoyo	Si	☐	No	☐

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre: Renator Andrea Osorio
Cargo: DL


FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.


FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

11:30

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N° _____

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Santuario
Alcaldia

Fecha de solicitud de la orden:

24 1 2023

Fecha de expedición de la orden:

24 1 2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

Angie Paola Ayuda Muñoz
1090150030
Salto la Virginia
3170904032
Santuario

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

467732
SYS

Fecha de Certificado de Discapacidad:

20 1 2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Wm

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

☐

No

☒

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

☐

No

☐

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

☐

No

☐

Persona de apoyo

Si

☐

No

☐

Observaciones:

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Yonyer Dchoa

Cargo:

DL5

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.



FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



3170904932

3146838171

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.090.150.830**

AGUDELO MUÑOZ

APELLIDOS

ANGIE PAOLA

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **22-FEB-1998**

SANTUARIO
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.30 **A+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

22-ABR-2016 SANTUARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO YACIA

INDICE DERECHO



P-2409400-00825980-F-1090150830-20160513 0049747668A 1 38052139

2:30
(100pm)

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N° _____

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Santuario		
Alcaldía		

Fecha de solicitud de la orden:

YYY	MM	DD
24	1	2023

Fecha de expedición de la orden:

YYY	MM	DD
24	1	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

Maria Camila Probst Londono.		
1087 561050 CC		
3203320184		
Santuario-		

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

305188		
SRS		
YYY	MM	DD
28	1	2023

Fecha de Certificado de Discapacidad:

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

Wn

El usuario requiere consulta domiciliaria:
Necesidades de apoyo:
Movilidad
Comunicación y acceso a la comunicación
Persona de apoyo

Si	☐	No	☒
Si	☐	No	☐
Si	☐	No	☐
Si	☐	No	☐

Observaciones:

--

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:
Cargo:

Enfermera
PLS

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

56

Otro día
Gestión
bodega
4.00pm
(1:30pm)✓

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N° _____

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITE LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Santuario		
Alcaldía		

Fecha de solicitud de la orden:

YY	MM	DD
24	1	2023

Fecha de expedición de la orden:

YY	MM	DD
24	1	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

Alfonso Dario Salazar Gutierrez		
9956566		
312 508 3580		
Santuario		

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

593206		
SYS		

Fecha de Certificado de Discapacidad:

YY	MM	DD
25	1	2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

--

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

--

No

✓

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

--

No

--

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

--

No

--

Persona de apoyo

Si

--

No

--

Observaciones:

--

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

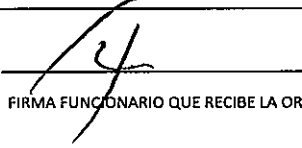
Cargo:

Ramiro Bohua

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.



FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



3 pm.

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N° _____

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Santuario		
Alcaldía		

Fecha de solicitud de la orden:

DD	MM	AAAA
29	1	2023

Fecha de expedición de la orden:

DD	MM	AAAA
29	1	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tío de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiere):
Teléfono de contacto:

LU2 Mary Tamayo Cardona.		
25143564		
Bomeda		
3103033695		
Santuario.		

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

684672		
SVS		

Fecha de Certificado de Discapacidad:

DD	MM	AAAA
28	1	2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

mon

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

--

No

x

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

--

No

--

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

--

No

--

Persona de apoyo

Si

--

No

--

Observaciones:

--

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

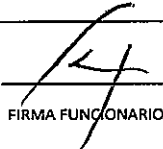
Cargo:

Nombre: Walter D. Daza
Cargo: ALD

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.



FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.



4:30

(2:30)✓

 <p>Gobernación de RISARALDA Somos gente de todos</p>	<p>DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD</p> <p>GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD</p>
	<p>Version: 0</p> <p>Vigencia 08-2022</p>

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

San Fernando		
Alcaldeía		

Fecha de solicitud de la orden:

29	1	2023
----	---	------

Fecha de expedición de la orden:

29	1	2023
----	---	------

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

Nelson de Jesus Noradbanda		
1043558066		
Las Palmas		
3148218003		
San Fernando		

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

458326
SYS

Fecha de Certificado de Discapacidad:

28	1	2023
----	---	------

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

--

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

--

No

6

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

--

No

--

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

--

No

--

Persona de apoyo

Si

--

No

--

Observaciones:

--

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

Kempfer Ochoa
DLS

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

59

Spn

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N°

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Sanuario		
Alcalalá		

Fecha de solicitud de la orden:

24	11	2023
----	----	------

Fecha de expedición de la orden:

24	1	2023
----	---	------

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

Noemi Moreno Hernandez		
21560358		
Alto Barana		
Sanuario		

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

SVS 052099		

Fecha de Certificado de Discapacidad:

28	1	2023
----	---	------

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

--

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

--

No

X

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

--

No

--

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

--

No

--

Persona de apoyo

Si

--

No

--

Observaciones:

--

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

Yanifer Correa
DLS

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

3130

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN EN SALUD
	GESTIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Version: 0	Vigencia 08-2022

ORDEN N° _____

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITA LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden:
Nombre de la entidad que emite la orden:
EPS:

Santuario		
Alcalalá		

Fecha de solicitud de la orden:

YY	MM	DD
24	1	2023

Fecha de expedición de la orden:

YY	MM	DD
24	1	2023

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre completo:
Tipo de Documento:
Dirección:
Teléfono:
Municipio de residencia:
Correo electrónico:
Representante (si lo requiriere):
Teléfono de contacto:

Luz Marina YOPES YOPES
25194811
la plaza
Santuario

3. INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN:

Código autorización: (Lo arroja el RLCPD)
IPS Autorizada:
Tipo de discapacidad:

569511
545

Fecha de Certificado de Discapacidad:

YY	MM	DD
28	1	2023

4. INFORMACIÓN AJUSTES RAZONABLES (Requeridas por médico ratante)

Fuente de financiación:

WPH

El usuario requiere consulta domiciliaria:

Si

--

No

X

Necesidades de apoyo:

Movilidad

Si

--

No

--

Comunicación y acceso a la comunicación

Si

--

No

--

Persona de apoyo

Si

--

No

--

Observaciones:

--

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN:

Nombre:

Cargo:

FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ORDEN.

FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LA ORDEN EN IPS.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO: 25.194.811

YEPES YEPES

APELLIDOS
LUZ MARINA

NOMBRES







FECHA DE NACIMIENTO 21-OCT-1972

SANTUARIO
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.45 ESTATURA O+ G.S. RH F SEXO

27-JUL-1991 SANTUARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO



REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-2409400-00135594-F-0025194811-20081210 0007851578H 1 24930495

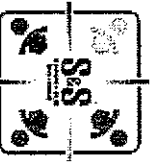
SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



LISTA DE ASISTENCIA Y RECEPCION DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD BELÉN DE UMBRIA

	FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	18-02-2023	Gerardo Andres Morales Montano	1083440821	3207571583	Gerardo Morales
2	18-02-2023	Angie Lorena Ofaboro R.	1087492491	3234374412	Angie Lorena O.
3	18-02-2023	Juan Esteban Valencia	1030140822	3132685394	Juan Esteban
4	18-02-2023	Guillermo Villa	97629230	3867280527	Guillermo Villa
5	18-02-2023	Juan Diego Davila	9764163	3146720686	Juan Diego Davila
6	18-02-2023	Carlo Javier Ceballos	1004579541	3123149691	Carlo Javier
7	18-01-23	Yidel de Jesus Ceballos	40899561	3123149691	Yidel de Jesus
8	18-2-23	Dailin Acosta Sumariace	1081901992	3192630554	Dailin Acosta
9	18-2-23	Marta Cecilia Serna	24547709	3136733505	Marta Serna
10	18-2-23	Diana Lucía Peralta	1083469133	3126112286	Diana Peralta
11	18-1-23	Carlos Daniel Coy Reyes	1054916153	3229416254	Carlos Daniel Coy
12	18-2-23	Juan Gabriel Restrepo	1085817394	3137641347	Juan Gabriel Restrepo

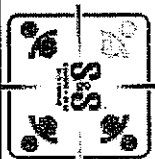
SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



LISTA DE ASISTENCIA Y RECEPCION DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD BELÉN DE UMBRIA

	FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	18-2-2023	<i>Beir / Cecilia</i>	97615883	3128756665	<i>Beir /</i>
2	18-2-2023	Leis Alvaro Cardona	10198297	3129260399	Leis
3	18-2-2023	Edison Obello	9763906	321641462	595230113
4	18-2-2023	Orlando Jimenez	4391789	3145870700	Orlando Jimenez
5	18-2-2023	Nelly del Carmen Sierra E.	24545423	3136524620	Nelly Sierra E.
6	18-2-2023	Thaana A. Ramirez	38560386	829646651	Thaana Ramirez
7	18-2-2023	Guillermo Carlos Cardona	9762374	3723252342	Guillermo Carlos E
8	18-2-2023	ADRIAN VALLE	71451971	3122444212	ADRIAN VALLE
9	18-2-2023	Judit Lopez Botiga	50940406	3114297693	Judit Lopez
10	18-2-2023	Alexis Londono Bolivar	108496718	3216058035	Alexis Londono
11	18-2-2023	Pedro Antonio Montes G	1116240845	3135315132	<i>Paul</i>
12	18-2-2023	Bertha Olaver Suarez Rivas	24503993	3148916060	Bertha Suarez.

SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



LISTA DE ASISTENCIA Y RECEPCION DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD BELÉN DE UMBRIA

	FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	16-2-2023	Gildardo Lomada Ovalle	75040199	3145653306	<i>[Signature]</i>
2	18-2-2023	Samuel Castro Zapata	1089633060	3113164282	<i>[Signature]</i>
3	18-02-2023	Alba Doris Castaño Cardona	41.945.673	3137582016	<i>[Signature]</i>
4	18-02-2023	Fiscal de Jura Usque	9.104543	3201839112	<i>[Signature]</i>
5	18-02-2023	Judith Diaz	1092034869	322-1516966	<i>[Signature]</i>
6	18-02-2023	William J. Brach	9.164289	3218546121	<i>[Signature]</i>
7					
8					
9					
10					
11					
12					

SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



LISTA DE ASISTENCIA Y RECEPCION DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD DOSQUEBRADAS

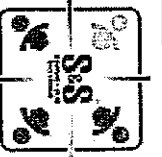
	FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	13.2023	elailha thais santa castaño	412063424	3207997837	elailha thais santa c
2	13.01.2023	Aura Maria Velez Trujillo	10889241594	3155715002	Aur Maria Velez
3	13.01.2023	Juan Sebastian Gálvez	1030595836	3178222036	Juan Sebastian Gálvez
4	13.01.2023	Rafael Holina viera	1089639119	3164535417	Rafael Holina R.
5	13.01.2023	Elva Daniela M.	1088036535	3146936041	Elva Daniela M.
6	13.01.2023	Rosa Elvira Becerra M.	25078354	3207116966	Rosa Elvira Becerra
7	13.01.2023	Fran José Ochoa Alvarado	1089099972	3177518623	Fran José Ochoa Alvarado
8	13.01.2023	Diego Armando Castañon	10888279456	3146406240	Diego Armando Castañon
9	13.01.2023	Sara castaño Escobar	1.0888.024483	3206144703	Sara castaño E.
10	13.01.2023	Gerardo Roldán Castaño	10.574348390	324688712	Gerardo Roldán
11	13.01.2023	Glenn Zapata Ceballos	42.006.321	3193996335	Glenn Zapata
12	13.01.2023	Leidy Johana Ruiz Lopez	1094916757	3145917780	Leidy Johana R.

SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

LISTA DE ASISTENCIA Y RECEPCION DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD DOSQUEBRADAS



	FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	16 de Enero	Edwinguillermo Escobar R.	18523489.	3218016444	Fogelito Nuñez
2	01-16-23.	Édior Frei Moreno D.	3154755	313 800 8292	Edior Moreno
3	01-17-23	Yennifer Silva Salazar M.	1088010950	3234395509	Yennifer
4	02-02-23	Yolli Marcela Caldera	108801797	3172915770	Yolli, Macaldero
5	02.02.2023	Alvaro Andres Del Toro Quis	9517478	3218594880	Alvaro
6	02-02-2023	Camilio E. Castaño M	1004671573	3227211134	C O M I L I O
7	02-02-2023	Cermeno Antonio Pulgarín	14970926	3106888368	Fogelito
8	02-02-2023	William Johanny Fajalib	1088022966	3147549669	William Johanny
9					
10					
11					
12					



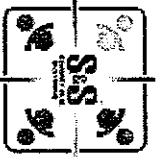
LISTA DE ASISTENCIA Y RECEPCION DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD MISTRATO

	FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	4-02-2023	Flore Maria Betancur de Duenasillo	24789152	3117295283	<i>Flore M. Betancur</i>
2	4-02-2023	Dylan Osorio Loariza	1225083196	3143440382	<i>Dylan Osorio</i>
3	4-02-2023	Blanca Nubia Hernandez Diaz	24790563	3148699626	<i>Blanca Nubia</i>
4	4-02-2023	Humberto Alfonso Soto Sotano	18561893	3122725744	<i>Humberto Sotano</i>
5	4-02-2023	Geancarlo Paffino Garzon	1006247577	3235912611	<i>Geancarlo Paffino</i>
6	4-02-2023	Luz Elena Moscoso Betancur	24789709	3148716449	<i>Luz Elena Moscoso</i>
7	4-02-2023	Andrea Suarez Sanchez	1193033823	3136368175	<i>Andrea Suarez</i>
8	4-02-2023	Francisco Javier Soto M.	4458634	3117034533	<i>Francisco Javier Soto</i>
9	4-02-2023	Augusto Antonio Montoya G.	4390444	3117034533	<i>Augusto Antonio Montoya</i>
10	4-02-2023	Alvaro de Jesus Caro Heredia	4458581	3117034533	<i>Alvaro de Jesus Caro</i>
11	4-02-2023	Arnoldo de Jesus Grajales	4459855	3126126974	<i>Arnoldo de Jesus Grajales</i>
12	4-02-2023	Maximiliano Marin	4458755	3137925700	<i>Maximiliano Marin</i>



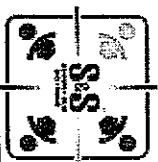
LISTA DE ASISTENCIA Y RECEPCION DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD MISTRATO

	FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	4-02-2023	Maria Juliana Gutierrez Valencia	1099910501	3806157671	Maria Juliana Gutierrez
2	4-02-2023	Yessica Lorena Yarse Palacios	1004965667	3113594799	Yessica Lorena Yarse
3	4-02-2023	Jorge Alvaro Arias Gonzalez	18560362	3127737333	X Alvaro Arias
4	4-02-2023	Carlos Humberto Vanegas	18611919	3233344271	X Carlos
5	4-02-2023	Nubia Maria Cedeno Hoyos	244789567	3122425744	X Nubia Cedeno Hoyos
6	4-02-2023	Gustavo de Jesus Tobon Mejia	18560634	3022444599	X Gustavo Tobon
7	4-02-2023	Flor Erid Ramirez Gaviria	66718497	3138735337	X Flor Erid Ramirez
8	4-02-2023	Luis Gonzalez Marin	18560469	3246107526	X Luis
9	4-02-2023	Ricardo Antonio Castañeda	4452783	3234501647	X Ricardo Castañeda
10	4-02-2023	Dora Luz Hernandez Castañeda	42102763	3234501647	X Dora Luz Hernandez
11	4-02-2023	Carlos Mario Sanchez R.	4459278	3106611919	X Cristina Sanchez R.
12	4-02-2023	Silvana Dorfay Largo	1092912355	3233887715	X Silvana Largo



LISTA DE ASISTENCIA Y RECEPCION DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD MISTRATO

	FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	4-02-2023	Maria Eugenia Marin Zapata	24490566	3225153535	Maria Eugenia Marin
2	4-02-2023	Maria Ilda Chacaa Navarizana	1092910014	3207404752	Maria Ilda Chacaa
3	4-02-2023	Emmanuel Avias Sanchez	1092914442	3221440082	Emmanuel Avias Sanchez
4	4-02-2023	Everardo Antenuis Alzate	18560617	3113691153	Everardo Antenuis Alzate
5	4-02-2023	Astrid Paola Llaften Gironza	1008954048	3126845240	Astrid Paola Llaften Gironza
6	4-02-2023	Samuel Uelir	18560335	322469755	Samuel Uelir
7	4-02-2023	Leonardo Ullrich	6017819	3116328409	Leonardo Ullrich
8	4-02-2023	Daniel Roman	4342516	-0-	Daniel Roman
9	4-02-2023	Thorman Henry Enriquez Herico	1125088288	318664320	Thorman Henry Enriquez Herico
10	4-02-2023	Alberfo de Jesus Piaz Vergara	18560846	3226402443	Alberfo de Jesus Piaz Vergara
11	4-02-2023	Emmanuel Ortiz Mofafo	1088562133	3148541253	Emmanuel Ortiz Mofafo
12	4-02-2023	Gulherme Ladino Marcello	18560852	3137256658	Gulherme Ladino Marcello



LISTA DE ASISTENCIA Y RECEPCION DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD MISTRATO

	FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	4-02-2023	Maria Alicia Meza Castañeda	24796354	3122011454	*Maria Alicia
2	4-02-2023	Hector de Jesus Lopez Ramirez	4350915	3116343755	*Hector de Jesus Lopez Ramirez
3	4-02-2023	Fabio de Jesus Marin Castaño	18560997	3225153535	*Fabio de Jesus Marin Castaño
4	4-02-2023	Laura Sofia Toranzo Ramirez	1029720326	3147184346	*Laura Sofia Toranzo Ramirez
5	4-02-2023	Fernan de Jesus Parra Hernandez	18562413	3117034533	*Fernan de Jesus Parra Hernandez
6	4-02-2023	Luis Fernando Mejia Castano	4459891	3225602525	*Luis Fernando Mejia Castano
7					
8					
9					
10					
11					
12					

SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

LISTA DE ASISTENCIA Y RECEPCION DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD SANTUARIO



	FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	20-1-2023	Sheny Alejandra Correa H	7.005.021.311	3105426642	<i>[Signature]</i>
2	20-1-2023	Hector Antonio Maldonado	9956802	3132235318	<i>[Signature]</i>
3	20-1-2023	Juan Esteban Idanaga	1.006376559	372728600	Juan Esteban
4	20-1-2023	Luis Albero Jaramillo	14992048	3213188891	Luis Albero
5	20-1-2023	José David Aguirre	4380381	3122256460	David Aguirre
6	20-01-2023	Mayerly Alejandra Gomez	1005021312	3215629388	Alejandra Gomez
7	20-01-2023	M ^{te} Lucania Alvarez Colorado	25188807	3287466361	Lucania de la S.A.A.
8	20-01-2023	Amanda de Jesús Salazar Alvarez	25193329	3216055614	Amanda de la S.A.A.
9	20-01-2023	Fabíola de Jesús Pacheco	25194684	3144214142	Fabíola Pacheco
10	20-01-2023	Jenny Andrea Nieto	109019902	3123962621	Jenny Andrea Nieto
11	20-01-2023	Timmy ANDRES	1065-210096	3134598878	Timmy ANDRES
12	20-01-2023	Alvaro Giraldo	3365689	3233843664	Alvaro Giraldo

SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

LISTA DE ASISTENCIA Y RECEPCION DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD SANTUARIO



	FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	20-1-2023	Clara Mary Gallo	24415451	3229613110	Clara Mary Gallo
2	20-1-2023	Gilberto Ardeno Araya	6225911	3147870351	Gilberto Ardeno Araya
3	20-1-2023	Thon Paul Montoya	1087519321	3146368194	Thon Paul Montoya
4	20-1-2023	Caro Lina Aguirre Montes	7089933082	3105461699	Maria Elsa Montoya
5	20-1-2023	Doralis Astoriza	25796409	3144423986	Maria Leticia
6	20-1-2023	Bernardo Esquivel	9982482	3113840149	Bernardo Esquivel
7	20-1-2023	Beltramo Cuervo Sanchez	8251349	-0-	Beltramo Cuervo Sanchez
8	20-1-2023	Angelica Castañeda	25155196	3127251395	Melba Castañeda
9	20-01-2023	Juan Pablo Gonzalez	10918150372	3208886189	Juan Pablo Gonzalez
10	21-01-2023	Michael Valencia	7093558634	3775305042	Michael Valencia
11	21-01-2023	Gilberto Araya	4580194	3103382105	Gilberto Araya
12	21-01-2023	Maria Valentin Montoya	1114091231	3123127435	Maria Valentin Montoya

SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



LISTA DE ASISTENCIA Y RECEPCION DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD SANTUARIO

	FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	21-1-2023	Gallaxmo de León Arteaga G	41588387	3137595955	Gallaxmo de León Arteaga G
2	21-1-2023	Carlos Mario Valencia G.	1090150669	3117529797	Carlos Mario Valencia G.
3	21-1-2023	Galbriel Renteria	1470655	3104213089	Galbriel Renteria
4	21-1-2023	Jose Guillermo Navarro	4589454	3106324434	Jose Guillermo Navarro
5	21-1-2023	Eric Federico Medina Nizola	1.090.149649	3226937560	Eric Federico M.
6	21-1-2023	Alma del Socorro Valencia	2519399	3147521689	Alma del Socorro Valencia
7	21-1-2023	Gerardo Guvava Marin	18602029	3122991282	Gerardo Guvava Marin
8	21-1-2023	Alba Cecilia Riquelme Rios	25195374	3113939994	Alba Cecilia Riquelme Rios
9	21-1-2023	Yoselin Andres Villa, Riquelme	1093558366	3146251092	Yoselin Andres Villa, Riquelme
10	21-1-2023	Mariana Taborada Mora	1093558865	3127147140	Mariana Taborada Mora
11	21-1-2023	Nicolas Restrepo	1093559193	-	Nicolas Restrepo
12	21-1-2023	Diego Fdo. Corrales O	9958122	3108223420	Diego Fdo. Corrales O

SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



LISTA DE ASISTENCIA Y RECEPCION DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD SANTUARIO

	FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	21-01-2023	Manoel Mary Rivero	24693657	3126520714	Manoel Mary Rivero
2	21-01-2023	Carlos Andres Torres	1070146339	3184454864	Carlos Andres Torres
3	21-01-2023	Isabel Acosta	71811722	314155236	Isabel Acosta
4	21-01-2023	Nelson Arenas	9958267321	7169628	Nelson
5	21-01-2023	Martha Isabel Restrepo	1090115869	3137224641	Martha Isabel R
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



LISTA DE ASISTENCIA Y RECEPCION DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD SANTUARIO

	FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	28-1-2023	Juan Carlos Pareja Osorio	1088350194	312 216 91 76	Juan Carlos Pareja
2	28-1-2023	Sara Manabe Belancor S.	1087557833	3107185540	SARA
3	28-1-2023	Luis Marino Castaño V	9.992.308	3276873532	Luis Marino Castaño
4	28-01-2023	Samuel Ruiz Rios	1090151463	3103915459	liceth Daniela Ruiz
5	28-01-2023	Erick Gallego	093559853	3215931505	Luis Marino Castaño
6	28-1-2023	Herika Joliana Bedoya	1.687.557336	3127040220	Herika Bedoya
7	28-1-2023	Diana Milena Bedoya	10.87557337	3228292255	Diana Bedoya
8	28-1-2023	Cristian Mauricio Bedoya	1.93396337	3127040220	Cristian Bedoya
9	28-1-2023	Dileya Moreano	21675944	3218151629	Dileya M
10	28-1-2023	Daniel de Jesús Bonafina	9958684	3174136457	Daniel de Jesús Bonafina
11	28.01.2023	Wber Emilio Toro Monos	9955213	3206570539	Wber Toro
12	28-01-2023	Isabelamuriño Garcia	7.714.752.343	3157080775	Sandra Milena Garcia



SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

LISTA DE ASISTENCIA Y RECEPCION DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD SANTUARIO

	FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	28-1-2023	Miguel A. Rodriguez	1093559119	3215165219	Miguel Rodriguez
2	28-1-2023	Angie Paul Aguila	1090150810	314663611	Angie Paul Aguila
3	28-1-2023	Alana Lina Uribe Landano	70087561050	32033320184	Alana Lina Uribe Landano
4	28-1-2023	Hernando David Salinas	9956566	3122698848	Hernando David Salinas
5	28-1-2023	Luz Mary Tanco	25193564	310803693	Luz Mary Tanco
6	28-1-2023	Delia de los Rios	109355666	3146216063	Delia de los Rios
7	28-1-2023	Noemi Taveres Llendo	2560358	3134454664	Noemi Taveres Llendo
8	28-1-2023	Luz Mary Yapo	25194811	-0-	Luz Mary Yapo
9					
10					
11					
12					

DOSQUEBRADAS

#	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	CODIGO DE LA AUTORIZACIÓN	LUGAR DE LA ATENCIÓN	DÍA DE LA ATENCIÓN
1	MARTHA INES SANTA CASTAÑO	42063424	783940	IPS SYS / CALLE 23 # 6 - 17	13/01/2023
2	AURA MARIA VELEZ TRUJILLO	1088241597	1002629	IPS SYS / CALLE 23 # 6 - 17	13/01/2023
3	JUAN SEBASTIAN GUTIERREZ SANCHEZ	103055836	696774	IPS SYS / CALLE 23 # 6 - 17	13/01/2023
4	MATEO MOLINA RIVERA	108969119	951025	IPS SYS / CALLE 23 # 6 - 17	13/01/2023
5	ELVIA DANIELA MENA SCARPETA	1088036535	640022	IPS SYS / CALLE 23 # 6 - 17	13/01/2023
6	ROSA ELVIRA BEDOYA DE MOTATO	25078354	795292	IPS SYS / CALLE 23 # 6 - 17	13/01/2023
7	JUAN JOSE OCHOA ALVARADO	1089099772	917251	IPS SYS / CALLE 23 # 6 - 17	13/01/2023
8	DIEGO ARMANDO CASTRILLON PEREZ	1088279456	366501	IPS SYS / CALLE 23 # 6 - 17	13/01/2023
9	SARA CASTAÑO ESCOBAR	1088024448	696481	IPS SYS / CALLE 23 # 6 - 17	13/01/2023
10	GERMAN RENDÓN CASTAÑO	18597848	703716	IPS SYS / CALLE 23 # 6 - 17	13/01/2023
11	GLORIA PATRICIA ZAPATA CEBALLOS	42006335	557403	IPS SYS / CALLE 23 # 6 - 17	13/01/2023
12	LEIDY JOHANA RUIZ LOPEZ	1094916757	486098	IPS SYS / CALLE 23 # 6 - 17	13/01/2023
13	EDWIN GUILLERMO CORREDOR RIAÑOS	18523489	847817	IPS SYS / CALLE 23 # 6 - 17	16/01/2023
14	EIDER EFREN MORENO DIMATE	3154755	712261	IPS SYS / CALLE 23 # 6 - 17	16/01/2023
15	JHONIER STIVEN SALAZAR MORALES	1088010950	328819	IPS SYS / CALLE 23 # 6 - 17	17/01/2023
16	YURI MARCELA CARDONA GAVIRIA	1088017972	874122	IPS SYS / CALLE 23 # 6 - 17	02/02/2023
17	ALVARO ANDRES DEL TORO DURAN	4519478	1028199	IPS SYS / CALLE 23 # 6 - 17	02/02/2023
18	CAMILLO ESTEBAN CASTAÑO MORALES	1004671573	940173	IPS SYS / CALLE 23 # 6 - 17	02/02/2023
19	GERMAN ANTONIO PULGARIN CORREA	4470926	997894	IPS SYS / CALLE 23 # 6 - 17	02/02/2023
20	WILLIAN JOHANY TRUJILLO GARCIA	1088022906	1013995	IPS SYS / CALLE 23 # 6 - 17	02/02/2023

#	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	CODIGO DE LA AUTORIZACION	LUGAR DE LA ATENCION	DIA DE LA ATENCION
1	JHONY ALEJANDRO CORREA HURTADO	1005021311	569440	SANTUARIO	20/01/2023
2	HECTOR ANTONIO MEDINA RAMIREZ	9956802	777744	SANTUARIO	20/01/2023
3	JUAN ESTEBAN IDARRAGA YEPEZ	1006326559	831308	SANTUARIO	20/01/2023
4	LUIS ALBERTO JARAMILLO LONDOÑO	14932048	303096	SANTUARIO	20/01/2023
5	JOSE DAVID AGUIRRE AGUIRRE	4380381	817958	SANTUARIO	20/01/2023
6	MALTELLY ALEJANDRA GOMEZ CLAVIJO	1005021312	839023	SANTUARIO	20/01/2023
7	MARIA EUCARIS ALVAREZ COLORADO	25188807	333164	SANTUARIO	20/01/2023
8	AMANDA DE JESUS SALAZAR ALVAREZ	25193329	888056	SANTUARIO	20/01/2023
9	FABIO LA DE JESUS PATINO CANO	25194684	755694	SANTUARIO	20/01/2023
10	JENNY ANDREA MORALES OSSA	1090149002	1065164	SANTUARIO	20/01/2023
11	JIMMY ANDRES SANCHEZ SIERRA	1085720096	949924	SANTUARIO	20/01/2023
12	ALVARO DE JESUS GIRALDO IBARRA	3365682	958614	SANTUARIO	20/01/2023
13	GLORIA NANCY GALLO GALALES	24415451	597902	SANTUARIO	20/01/2023
14	GILDAURO ANTONIO ARROYAVE HINCAPIE	6235911	1087181	SANTUARIO	20/01/2023
15	JHAN PAUL MONTROYA SANCHEZ	1087549721	1046599	SANTUARIO	20/01/2023
16	CAROLINA AGUIRRE MONTES	1089933082	925410	SANTUARIO	20/01/2023
17	DORA LILIA SEPULVEDA RESTREPO	25196409	936596	SANTUARIO	20/01/2023
18	BENJAMIN BISCUÑA EBAO	9982482	830207	SANTUARIO	20/01/2023
19	BELISANO ANTONIO CUERVOS SANCHEZ	8257349	524147	SANTUARIO	20/01/2023
20	ANGELICA MARIA CASTAÑEDA CASTAÑEDA	2525195690	568461	SANTUARIO	20/01/2023
21	JUAN PABLO GONZALEZ GIRALDO	108150372	771933	SANTUARIO	20/01/2023
22	MICHEL VALENCIA OROZCO	1093558634	586882	SANTUARIO	21/01/2023
23	GILDAURO PEREZ MARIN	4580394	1046912	SANTUARIO	21/01/2023
24	MARIA VALENTINA RAMIREZZ GALLEGO	1114091231	496966	SANTUARIO	21/01/2023
25	GUILLELMO LEON ARTEAGA GALLEGO	4588387	984534	SANTUARIO	21/01/2023
26	CARLOS MARIO VALENCIA GONZALEZ	1090150669	615632	SANTUARIO	21/01/2023
27	GABRIEL ANGEL RAMIREZ JURADO	1410655	630144	SANTUARIO	21/01/2023
28	JOSE GUILLELMO NAVARRO	4589454	936598	SANTUARIO	21/01/2023
29	ERIC FEDERICO MEDINA HIGUITA	1090149649	875750	SANTUARIO	21/01/2023
30	ALMA DEL SOCORRO PALACIO VARGAS	25193897	554680	SANTUARIO	21/01/2023
31	GERARDO GUEVARA MARIN	18602029	709145	SANTUARIO	21/01/2023
32	ALBA NIDIA PULGARIN RIOS	2515374	378919	SANTUARIO	21/01/2023
33	YEISON ANDRES VILLA PULGARIN	1093338366	618604	SANTUARIO	21/01/2023
34	MARIANA TABORDA MORA	1093558665	955254	SANTUARIO	21/01/2023
35	NICOLAS RODRIGUEZ CORREA	1093559793	829618	SANTUARIO	21/01/2023
36	DIEGO FERNANDO CORRALES OSORIO	9958122	891465	SANTUARIO	21/01/2023
37	MARIA LUZ MERY RIVERA ORDOÑEZ	24963657	1054816	SANTUARIO	21/01/2023
38	CARLOS ANDRES MORENO HERNANDEZ	1090148739	435995	SANTUARIO	21/01/2023
39	DORALBA AREIZA PEREZ	21811722	973411	SANTUARIO	21/01/2023
40	NEILSON DE JESUS ARENAS CARMONA	9958267	566520	SANTUARIO	21/01/2023
41	MARTHA ISABEL RESTREPO	1090145869	968965	SANTUARIO	21/01/2023
42	JUAN CARLOS PAREJA OSORIO	1088350194	403655	SANTUARIO	28/01/2023
43	SARA MANUELA BETANCURT SALAZAR	1087557833	813418	SANTUARIO	28/01/2023
44	LUIS MARINO CASTAÑO VASQUEZ	9992308	870858	SANTUARIO	28/01/2023
45	SAMUEL RUIZ RIOS	1090151463	771814	SANTUARIO	28/01/2023
46	ERICK GALLEGO OSORIO	1093559833	910361	SANTUARIO	28/01/2023
47	ERIKA JOANA BEDOYA BEDOYA	1087557336	865118	SANTUARIO	28/01/2023
48	DIANA MILENA BEDOYA BEDOYA	1087557337	683656	SANTUARIO	28/01/2023
49	CRISTIAN MAURICIO BEDOYA BEDOYA	1193396337	462718	SANTUARIO	28/01/2023
50	ORLEVA DE JESUS MORENO HERNANDEZ	21675949	1089963	SANTUARIO	28/01/2023
51	JAVIER DE JESUS GAÑAN MORENO	9958684	691963	SANTUARIO	28/01/2023
52	WBER EMILIO TORO MUÑOZ	9955213	1057782	SANTUARIO	28/01/2023
53	ISABELA MURILLO GARCIA	1114152343	867729	SANTUARIO	28/01/2023
54	MIGUEL ANGEL RODRIGUEZ CORREA	1093559129	383199	SANTUARIO	28/01/2023
55	ANGIE PAOLA AGUDELO MUÑOZ	1090150830	467732	SANTUARIO	28/01/2023
56	MARIA CAMILA URBIE LONDOÑO	1087561050	358188	SANTUARIO	28/01/2023
57	HERNAN DARIO SALINAS GUTIERREZ	9956566	593206	SANTUARIO	28/01/2023
58	LUZ MERY TAMAYO CARDONA	25193564	684672	SANTUARIO	28/01/2023
59	NEILSON DE JESUS MESA OBANDA	1093558066	458326	SANTUARIO	28/01/2023
60	NOEMI MORENO HERNANDEZ	21560358	852099	SANTUARIO	28/01/2023
61	LUZ MARINA YEPEZ YEPEZ	25194811	569511	SANTUARIO	28/01/2023

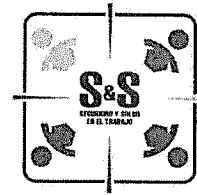
SANTUARIO

#	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	CODIGO DE LA AUTORIZACIÓN	LUGAR DE LA ATENCIÓN	DIA DE LA ATENCIÓN
1	FLOR MARIA BETANCUR JARAMILLO	24789152	341889	MISTRATO	04/02/2023
2	DYLAN OSORIO LOAIZA	1225088196	384799	MISTRATO	04/02/2023
3	BLANCA NUBIA HERNANDEZ DIAZ	24790563	497668	MISTRATO	04/02/2023
4	HUMBERTO ANTONIO SOTO SEDANO	18561893	700613	MISTRATO	04/02/2023
5	GEANCARLO PATINO GARZON	1006247577	304861	MISTRATO	04/02/2023
6	LUZ ELENA MOSCOSO BETANCUR	24789709	714490	MISTRATO	04/02/2023
7	FRANCISCO JAVIER SOTO MONCADA	4458634	1005739	MISTRATO	04/02/2023
8	AUGUSTO ANTONIO MONTOVA GUEVARA	4390444	992382	MISTRATO	04/02/2023
9	ALINIO DE JESUS CANO HEREDIA	4458581	956963	MISTRATO	04/02/2023
10	ARNOLDO DE JESUS GRAJALES GUEVARA	4459855	599268	MISTRATO	04/02/2023
11	MAXIMILIANO MARIN	4458755	948017	MISTRATO	04/02/2023
12	MARIA JULIANA GUTIERREZ VALENCIA	1092910501	660208	MISTRATO	04/02/2023
13	YESICA LORENA YARCE PALACIO	1004965667	650691	MISTRATO	04/02/2023
14	JORGE AIRIO ARIAS GONZALEZ	18560362	625728	MISTRATO	04/02/2023
15	CARLOS HUMBERTO VANEGAS VANEGAS	18611919	453565	MISTRATO	04/02/2023
16	NUBIA MARIA CEDANO HOYOS	24789567	622006	MISTRATO	04/02/2023
17	GUSTAVO DE JESUS TOBON MEJIA	18560634	422147	MISTRATO	04/02/2023
18	FLOR ENID RAMIREZ GAVIRIA	66718497	441537	MISTRATO	04/02/2023
19	LUIS GONZAGA MARIN CASTAÑO	18560469	415535	MISTRATO	04/02/2023
20	RICARDO ANTONIO CASTAÑEDA VALENCIA	4458783	358698	MISTRATO	04/02/2023
21	DORA LUZ HERNANDEZ CASTAÑEDA	42102763	707981	MISTRATO	04/02/2023
22	CARLOS MARIO SANCHEZ RAMIREZ	4459278	650485	MISTRATO	04/02/2023
23	SILVANA DUFFAY LARGO ACEVEDO	1092912355	502990	MISTRATO	04/02/2023
24	MARIA EUGENIA MARIN ZAPATA	24790566	362421	MISTRATO	04/02/2023
25	MARIA ILDA CHACOA NARIQUIAZA	1092910014	373907	MISTRATO	04/02/2023
26	EMMANUEL ARIAS SANCHEZ	1092917478	373978	MISTRATO	04/02/2023
27	EVERARDO ANTONIO ALZATE SEDANO	18560617	998054	MISTRATO	04/02/2023
28	ASTRID PAOLA LLANTE GIRONZA	1002957078	316910	MISTRATO	04/02/2023
29	SAMUEL VIELEZ CARDONA	18560375	405695	MISTRATO	04/02/2023
30	LEONIDAS VILLADA HERNANDEZ	6019813	1068815	MISTRATO	04/02/2023
31	BERNARDO ANTONIO ROMAN RIVERA	4342916	332190	MISTRATO	04/02/2023
32	JHORMAN HENRRY ENRIQUE HENAO	1125086288	1069620	MISTRATO	04/02/2023
33	ALBERTO DE JESUS DAZ VERGARA	18560846	1046359	MISTRATO	04/02/2023
34	EMMANUEL ORTIZ MOTATO	1088562133	879839	MISTRATO	04/02/2023
35	GUILLERMO LADINO MARCELO	18560852	309878	MISTRATO	04/02/2023
36	MARIA ALICIA MEZA CASTAÑEDA	24796354	392630	MISTRATO	04/02/2023
37	FABIO DE JESUS MARIN CASTAÑO	18560997	512431	MISTRATO	04/02/2023
38	LAURA SOFIA TOINIZCO RAMIREZ	1089720326	504419	MISTRATO	04/02/2023
39	FERMIN DE JESUS PARRA HERNANDEZ	18562413	1048203	MISTRATO	04/02/2023
40	LUIS FERNANDO MEJIA CASTAÑO	4459891	736731	MISTRATO	04/02/2023

MISTRATO

BELEN DE UMBRIA

#	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	CODIGO DE LA AUTORIZACIÓN	LUGAR DE LA ATENCIÓN	DÍA DE LA ATENCIÓN
1	GERARDO ANDRES MORALES MONTTOYA	108749082	416994	BELÉN DE UMBRÍA	18/02/2023
2	ANGIE LORENA OTALVARO RENDON	1087492491	718762	BELÉN DE UMBRÍA	18/02/2023
3	JUAN ESTEBAN VALENCIA GIL	1030140822	830134	BELÉN DE UMBRÍA	18/02/2023
4	GUILLERMO DE JESUS VILLA RESTREPO	9762930	991951	BELÉN DE UMBRÍA	18/02/2023
5	JUAN DIEGO DOMINGUEZ ARANGO	9764163	958020	BELÉN DE UMBRÍA	18/02/2023
6	CARLOS JAVIER CEBALLOS GRANADA	1004529547	594193	BELÉN DE UMBRÍA	18/02/2023
7	VIDAL DE JESUS CEBALLOS MARIN	4389567	440507	BELÉN DE UMBRÍA	18/02/2023
8	DAILYN JULIANA ACOSTA SUMALAVE	1081801992	712097	BELÉN DE UMBRÍA	18/02/2023
9	MARTHA CECILIA SERNA MONTES	24547709	362684	BELÉN DE UMBRÍA	18/02/2023
10	ADRIANA LUCIA MORALES DREGAMA	1087489673	749718	BELÉN DE UMBRÍA	18/02/2023
11	CARLOS DANIEL COY REYES	1054916153	625240	BELÉN DE UMBRÍA	18/02/2023
12	JUAN GABRIEL RESTREPO PALACIO	1085817394	1047822	BELÉN DE UMBRÍA	18/02/2023
13	REINEL DE JESUS GAVIRIA OCHOA	9761583	1062655	BELÉN DE UMBRÍA	18/02/2023
14	LUIS ALVARO CARDONA CALDERON	10198247	886032	BELÉN DE UMBRÍA	18/02/2023
15	EDILSON DE JESUS BALLESTEROS MCNTOYA	9763906	1088447	BELÉN DE UMBRÍA	18/02/2023
16	ORLANDO JIMENEZ GRANADA	4391789	409895	BELÉN DE UMBRÍA	18/02/2023
17	NELLY DEL CARMEN SIERRA ESCOBAR	24545423	586523	BELÉN DE UMBRÍA	18/02/2023
18	JOHANA ANDREA RAMIREZ MOSQUERA	38560386	596586	BELÉN DE UMBRÍA	18/02/2023
19	GUILLERMO DE JESUS CORTES CARDONA	9762374	997696	BELÉN DE UMBRÍA	18/02/2023
20	ADRIAN ANTONIO VALLE SIERRA	71451971	859648	BELÉN DE UMBRÍA	18/02/2023
21	JUDITH MARIA PEREZ ORTEGA	50940406	683241	BELÉN DE UMBRÍA	18/02/2023
22	ALEXIS LONDOÑO BOLIVAR	1087490718	1024694	BELÉN DE UMBRÍA	18/02/2023
23	PEDRO ANTONIO MONTES GALEANO	1116240845	458545	BELÉN DE UMBRÍA	18/02/2023
24	BERTA OLIVIA SUAZA RIVERA	24543993	626004	BELÉN DE UMBRÍA	18/02/2023
25	GILDARDO LAMUNDIA MORALES	75040799	885938	BELÉN DE UMBRÍA	18/02/2023
26	SAMUEL CASTRO ZAPATA	1089633060	1036451	BELÉN DE UMBRÍA	18/02/2023
27	ALBA DORIS CASTAÑO CARDONA	41945673	643511	BELÉN DE UMBRÍA	18/02/2023
28	ASAEL DE JESUS VÁSQUEZ	9764543	974816	BELÉN DE UMBRÍA	18/02/2023
29	JUDILIA DIAZ CEDANO	1097034869	853865	BELÉN DE UMBRÍA	18/02/2023
30	WILLIAM DE JESUS GRANADA MORALES	9764289	802489	BELÉN DE UMBRÍA	18/02/2023



Febrero 22 de 2023

CERTIFICACIÓN DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO S.A.S.

Yo, EUGENIO OCAMPO PIEDRAHITA, identificada con cédula de ciudadanía No.10.135.688 DE Pereira, en mi condición de Representante Legal de SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO S.A.S. identificada con Nit 900.827.895-1 certifico que, se suministraron los elementos de protección personal para el personal de salud que realizo las actividades de certificación de discapacidad.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en durante la ejecución del contrato SECOP II CO1.PCCNTR.4346947 celebrado con la Gobernación de Risaralda, cuyo objeto fue PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO AL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD NACIONAL, PARA GARANTIZAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD Y EL REGISTRO DE LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD -RLCPD; REALIZANDO PROCEDIMIENTOS DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

FIRMA

EUGENIO OCAMPO PIEDRAHITA
CC. 10.135.688
Representante legal

1