ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Al contestar por favor cite estos datos:
Radicado No.: **20234145020010514 1**
Fecha: **23-11-2023**
TRD: **4145.020.13.1.953.010514**
Rad. Padre: **20234145010013 1182**

ELIAS DONCEL GUZMAN
Carrera 28e 5 #72t – 35 B/ Poblado II
mari254_1@hotmail.com
Celular: 3186066326 - 3166274853

Asunto: Respuesta a solicitud de certificación de discapacidad.

Cordial saludo:

La Secretaría de Salud del Distrito Especial de Santiago de Cali a través del Subgrupo de Enfoque Diferencial – Equipo de Discapacidad, se permite dar respuesta al requerimiento con radicado N° 20234145010013 1182 con relación a solicitud de Certificado de Discapacidad.

Sobre el particular se hizo revisión del estado de la solicitud y se comparte certificado del usuario generado el 05 de octubre del 2022.

Cordialmente

HARRY CORREA NARVÁEZ
Profesional Universitario Área Salud
Secretaría de Salud del Distrito Especial de Santiago de Cali

Anexos: Certificado de discapacidad (2 folios)

Elaboró: Maira Zapata– Contratista

En atención del desarrollo de nuestros Sistemas de Gestión y Control Integrados le solicito comedidamente diligenciar la encuesta de satisfacción de usuario accediendo al siguiente enlace:
http://www.cali.gov.co/aplicaciones/encuestas_ciudadano/view_encuesta_satisfaccion.php

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
ELIAS		DONCEL	GUZMAN

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad:	94416673

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha		
	Año	Mes	Día
ESE HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL	2022	10	5

2.3 Departamento	2.4 Municipio
VALLE DEL CAUCA	CALI

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	0.00
Movilidad	95.00
Cuidado Personal	37.50
Relaciones	15.00
Actividades de la Vida Diaria	68.75
Participación	65.63
GLOBAL	46.98

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b639.4 b640.4 b770.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s699.388 s799.383 s899.288

3. Codigos Actividades y Participación

d4104.4 d4602.3 d940.3

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
RICARDO ALFREDO SANCHEZ MEJIA	Medicina	CC-1116242471
JAIME EDUARDO SANCHEZ MEJIA	Fisioterapia	CC-1144040264
FRANCISCO ALBERTO MUÑOZ PEREA	Psicología	CC-16635644

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *ELIAS DONCEL GUZMAN* manifiesto que: *SI*

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

Nombre y Firma

94416673

Documento: CC-94416673

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

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