



f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
OLGA LUCIA OTERO BENITEZ	Psicología	CC-1067861801
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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

Alcaldía de
MONTERÍA

Secretaria de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO									
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD									
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaria de Salud Municipal	
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024						FECHA DE EXPEDICIÓN: 23/10/2024			
NOMBRES		YULEY YADENYS RODRIGUEZ SALGADO				CC No.		1068418330	
DIRECCIÓN								Tel/CEL: 3135745000	
E-MAIL:									
ACOMPañANTE:			YADARYS TADELYS SALGADO RAMIREZ						
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 875354			
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI						Tel/Cel: 310 498 4916	
CONSULTA		Institucional:		X		Domicilio:		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com	
APOYO Y AJUSTES		Movilidad:			Comunicación:			Personas de apoyo:	
RECURSOS		MINISTERIO DE SALUD			PROPIOS			X EMPRESA PRIVADA	
Firma: <i>Kenny Muñoz C</i> Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA									

EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Yo, Elián Elias Rodríguez Montalvo mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 9.069.860.141, domiciliado/a en Montería, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de Yuley Yadenys Rodríguez Salgado con #1068418330 (Paciente)
5. Me informó que los resultados de la aplicación de estas preguntas le permitirán a la IPS CERTIFICAR el tipo y grado de discapacidad múltiple.
6. Igualmente, me informó que para garantizar que los resultados del Instrumento de Valoración se adecuen a la realidad es preciso responder a todas las preguntas verazmente, por lo cual, me permito indicar que las afirmaciones que realice se entenderán realizadas bajo la gravedad de juramento.

He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración descrito en este documento

Nombre del Usuario: Yuley Yadenys Rodríguez Salgado
 C.C.: 9.069.860.141
 Firma: _____
 Fecha: 06-11-2024

Huella:



EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Este consentimiento informado para la valoración de personas con discapacidad mental-psicosocial, intelectual o múltiple fue firmado ante los profesionales Equipo multidisciplinario de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Medico-psicologo y otros especialistas.

Nombre del profesional: Antonio Morales Diaz
C.C.: 70.573.299
Firma: [Firma]
Fecha: 06-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Olga Lucia Cordero Benitez
C.C.: 1067.251.201
Firma: [Firma]
Fecha: 06-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Maurice Margarilzi Lengua H
C.C.: 50727902
Firma: [Firma]
Fecha: 06-11-2024

Huella:



$$\therefore 1,068,418.330$$

YULEY YADENYS



COL	140	F
-----	-----	---

19 APR 2006

MONTERIA (CORDOBA)

24 ABR 2024 MONTERIA

20 MAYO 2034

046689142



[Handwritten signature]
REGISTRATION NO. 0000000000

ICCOL046689142413001<<<<<<<<<<
0604198F3405204COL1068418330<9
RODRIGUEZ<SALGADO<<YULEY<YADEN

Anexo de consentimiento informado.

Formato de entrega y aceptación de la Valoración RLCPD

La Valoración genera Certificado de Discapacidad

SI ☒ NO ☐

Acepta la información de la valoración (puede solicitar una segunda opinión en cualquier momento mediante escrito que señale las razones de inconformidad y esta debe ser remitida a la secretaria de salud municipal).

SI ☒ NO ☐

Acepta el uso de esta información en el sistema RLCPD.

SI ☒ NO ☐



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
YULEY	YADENYS	RODRIGUEZ	SALGADO
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia		
CÓRDOBA	MONTERÍA		

1.7 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: 1068418330

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
SOLUCIONES EN SALUD IPS	Año	Mes	Día
	2024	11	6
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	900518561		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	75.00
Movilidad	100.00
Cuidado Personal	100.00
Relaciones	80.00
Actividades de la Vida Diaria	100.00
Participación	100.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b163.3 b164.3 b770.4
2. Codigos Estructuras Corporales
3. Codigos Actividades y Participación
d161.3 d598.4 d879.4



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

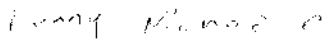
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
OLGA LUCIA OTERO BENITEZ	Psicología	CC-1067861801
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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

Alcaldía de
MONTERÍA
Secretaría de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO									
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD									
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaria de Salud Municipal	
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024					FECHA DE EXPEDICIÓN: 24/10/2024				
NOMBRES		ALEXANDER ARIAS GAVIRIA				TI No.		1078462723	
DIRECCIÓN		CALLE 29 N° 4A 12E URB IDALIA					Tel/CEL: 3207108638		
E-MAIL:									
ACOMPañANTE:			JUAN DANIELA CIFUENTES GAVIRIA						
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 884135			
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI					Tel/Cel: 310 498 4916		
CONSULTA		Institucional:		X		Domicilio:		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com	
APOYO Y AJUSTES		Movilidad:				Comunicación:		Personas de apoyo:	
RECURSOS		MINISTERIO DE SALUD				PROPIOS		X EMPRESA PRIVADA	
Firma:  Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA									

EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

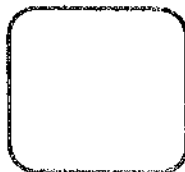
Yo, Juan Daniel Cipriano Gaviria, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 1001027671, domiciliado/a en Montana, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que, para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de Alexander Alexis Gaviria con #161146723 (Paciente)
5. Me informó que los resultados de la aplicación de estas preguntas le permitirán a la IPS CERTIFICAR el tipo y grado de discapacidad múltiple.
6. Igualmente, me informó que para garantizar que los resultados del Instrumento de Valoración se adecuen a la realidad es preciso responder a todas las preguntas verazmente, por lo cual, me permito indicar que las afirmaciones que realice se entenderán realizadas bajo la gravedad de juramento.

He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración descrito en este documento

Nombre del Usuario: Alexander Alexis Gaviria
 C.C.: T.I. 1.078.462.723
 Firma: _____
 Fecha: 06-11-2024

Huella:



EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
	Proceso: Consulta externa	VERSIÓN: 01
		FECHA: 01-22-2023

Este consentimiento informado para la valoración de personas con discapacidad mental-psicosocial, intelectual o múltiple fue firmado ante los profesionales Equipo Multidisciplinario de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Psicólogo Clínico - Fisiología Perceptiva

Nombre del profesional: Andrés Morales Díaz
C.C.: 70.573.094.5
Firma: [Firma]
Fecha: 06-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Olga Iván Cero Peña
C.C.: 1067861801
Firma: [Firma]
Fecha: 06-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: María Margarita Lanza H
C.C.: 50977805
Firma: [Firma]
Fecha: 6-11-2024

Huella: 

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.078.462.723
ARIAS GAVIRIA

APPELLIDO
ALEXANDER
NOMBRES



NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-AGO-2011
QUIBDO
(CHOCO)

LUGAR DE NACIMIENTO
18-AGO-2029

FECHA DE VENCIMIENTO

31-AGO-2018 QUIBDO

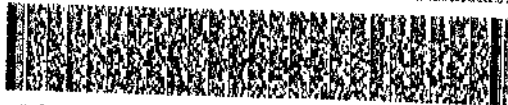
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O-
G S PH

M
SEXO

REGISTRO NACIONAL
IDENTIFICACIÓN PERSONAL

ÍNDICE DE RELEVIO



P-1700100 01043661 41 10/84-02723-20101102

00530-6828A 1

51104293

Anexo de consentimiento informado.

Formato de entrega y aceptación de la Valoración RLCPD

La Valoración genera Certificado de Discapacidad

SI ☒ NO ☐

Acepta la información de la valoración (puede solicitar una segunda opinión en cualquier momento mediante escrito que señale las razones de inconformidad y esta debe ser remitida a la secretaria de salud municipal).

SI ☒ NO ☐

Acepta el uso de esta información en el sistema RLCPD.

SI ☒ NO ☐



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
ALEXANDER		ARIAS	GAVIRIA
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia		
CÓRDOBA	MONTERÍA		
1.7 Documento de Identidad			
Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	X
		Cédula de ciudadanía	
		Cédula de extranjería	
		Pasaporte	
		Camet diplomático	
		Permiso especial de permanencia	
Número de documento de identidad:		1078462723	

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
SOLUCIONES EN SALUD IPS	Año	Mes	Día
	2024	11	6
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	900518561		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	50.00
Movilidad	100.00
Cuidado Personal	81.25
Relaciones	55.00
Actividades de la Vida Diaria	87.50
Participación	75.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b163.2 b735.3 b770.4

2. Codigos Estructuras Corporales
s798.388

3. Codigos Actividades y Participación
d161.2 d598.4 d910.3



f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

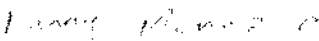
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
OLGA LUCIA OTERO BENITEZ	Psicología	CC-1067861801
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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

Alcaldía de
MONTERÍA
Secretaría de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO											
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD											
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaria de Salud Municipal			
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024						FECHA DE EXPEDICIÓN: 24/10/2024					
NOMBRES		CLAUDIA ANDREA DUQUE GOMEZ				CC No.		1067945968			
DIRECCIÓN		CRA 8 W # 19-39 URB VALLEJO,				Tel/CEL: 3016406065- 3152054191					
E-MAIL: KANDREAX15@GMAIL.COM											
ACOMPAÑANTE:											
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 907924					
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI				Tel/Cel: 310 498 4916					
CONSULTA		Institucional:		☒		Domicilio:		☐		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com	
APOYO Y AJUSTES		Movilidad:		☐		Comunicación:		☐		Personas de apoyo:	
RECURSOS		MINISTERIO DE SALUD		☐		PROPIOS		☒		EMPRESA PRIVADA	
Firma:  Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA											

SOLUCIONES EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
	Proceso: Consulta externa	VERSIÓN: 01
		FECHA: 01-22-2023

Yo, Claudia Andrea Duque Gomez, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 1067945968, domiciliado/a en Monteno, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que, para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de Claudia Duque Gomez con # PS-7745968 (Paciente)
5. Me informó que los resultados de la aplicación de estas preguntas le permitirán a la IPS CERTIFICAR el tipo y grado de discapacidad Física.
6. Igualmente, me informó que para garantizar que los resultados del Instrumento de Valoración se adecuen a la realidad es preciso responder a todas las preguntas verazmente, por lo cual, me permito indicar que las afirmaciones que realice se entenderán realizadas bajo la gravedad de juramento.

He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración descrito en este documento

Nombre del Usuario: Claudia Duque Gomez
C.C.: 1067945968
Firma: Claudia Duque Gomez
Fecha: 06/11/24

Huella:



EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: ABS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Este consentimiento informado para la valoración de personas con discapacidad mental-psicosocial, intelectual o múltiple fue firmado ante los profesionales Equipo Multidisciplinario de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Psicólogo y Psicoterapeuta

Nombre del profesional: Antonio Morales Diaz
C.C.: 78.313.045
Firma: [Firma]
Fecha: 06-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Olga Lucia Otero Benitez
C.C.: 7.567.264.804
Firma: [Firma]
Fecha: 06-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Maria Narganita Lonzani H
C.C.: 50927905
Firma: [Firma]
Fecha: 6-11-2024

Huella: 

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.067.945.968
DUQUE GOMEZ

APELLIDOS
CLAUDIA ANDREA

NOMBRES
Claudia Duque Gomez
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-ENE-1996
MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61

O-

F

ESTATURA

GRUPO SANG.

SEXO

23-ENE-2014 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

INDICE ORFEDNO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P 1520100-00549010-F-1067945968-20140222

0037340350A 1

11591769

Anexo de consentimiento informado.

Formato de entrega y aceptación de la Valoración RLCPD

La Valoración genera Certificado de Discapacidad

SI ☒ NO ☐

Acepta la información de la valoración (puede solicitar una segunda opinión en cualquier momento mediante escrito que señale las razones de inconformidad y esta debe ser remitida a la secretaria de salud municipal).

SI ☒ NO ☐

Acepta el uso de esta información en el sistema RLCPD.

SI ☒ NO ☐

Calle 27 # 11 – 74 Barrio Chuchurubí Centro
Teléfono: 3104984916
Montería - Córdoba



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido					
CLAUDIA	ANDREA	DUQUE	GOMEZ					
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia							
CÓRDOBA	MONTERÍA							
1.7 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:		1067945968						

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
SOLUCIONES EN SALUD IPS	Año	Mes	Día
	2024	11	6
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	900518561		

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	Puntaje
Cognición	0.00
Movilidad	30.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	10.00
Actividades de la Vida Diaria	62.50
Participación	56.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b735.3 b7603.2 b770.1

2. Codigos Estructuras Corporales
s730.372 s7302.362 s750.182

3. Codigos Actividades y Participación
d4501.2 d570.3 d879.2



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

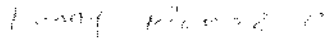
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
OLGA LUCIA OTERO BENITEZ	Psicología	CC-1067861801
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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

Alcaldía de
MONTERÍA
Secretaría de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO									
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD									
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaria de Salud Municipal	
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024						FECHA DE EXPEDICIÓN: 22/10/2024			
NOMBRES		PABLO ANDRES FUENTES SAAVEDRA				TI No.		1138077383	
DIRECCIÓN		MZ E2 LT 18 B/ EL ALIVIO						Tel/CEL: 3234844722	
E-MAIL:									
ACOMPAÑANTE:			LILIA SAAVEDRA						
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 928539			
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI						Tel/Cel: 310 498 4916	
CONSULTA		Institucional:		X		Domicilio:		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com	
APOYO Y AJUSTES		Movilidad:				Comunicación:		Personas de apoyo:	
RECURSOS		MINISTERIO DE SALUD				PROPIOS		X EMPRESA PRIVADA	
Firma:  Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA									

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Yo, LILIA JULIETA SAAVEDRA PARRADO, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 52148085, domiciliado/a en MONTERIA, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que, para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de Pablo Andres Fuentes Saavedra con #1138079383 (Paciente)
5. Me informó que los resultados de la aplicación de estas preguntas le permitirán a la IPS CERTIFICAR el tipo y grado de discapacidad intelectual.
6. Igualmente, me informó que para garantizar que los resultados del Instrumento de Valoración se adecuen a la realidad es preciso responder a todas las preguntas verazmente, por lo cual, me permito indicar que las afirmaciones que realice se entenderán realizadas bajo la gravedad de juramento.

He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración descrito en este documento

Nombre del Usuario: PABLO ANDRES FUENTES S.
 C.C.: 1138079383
 Firma: Pablo Fuentes
 Fecha: 06-11-2024

Huella:



SOLUCION EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Este consentimiento informado para la valoración de personas con discapacidad mental-psicosocial, intelectual o múltiple fue firmado ante los profesionales Equipo multidisciplinario de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Psicólogo, Psicopedagogo,

Nombre del profesional: Antonio Morales Diaz
C.C.: 70813985
Firma: [Firma]
Fecha: 06-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Olga Juana Cero Berde
C.C.: 1067361801
Firma: [Firma]
Fecha: 06-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: María Margarita Jerez H
C.C.: 50928405
Firma: [Firma]
Fecha: 06-11-2024

Huella: 

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.138.077.383

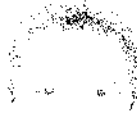
FUENTES SAAVEDRA

APELLIDOS

PABLO ANDRES

NOMBRES

pablo andres
FIRMA



COLOMBIA

FECHA DE NACIMIENTO 28-ABR-2007
MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

28-ABR-2025

FECHA DE VENCIMIENTO

07-JUL-2014 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

B+

G S RH

SEXO

M

REGISTRADOR NACIONAL
CALLE 100 No. 100-100



P-1300100-00625318-01-1138077383 20140523

0040131087A 1

7042503331

Anexo de consentimiento informado.

Formato de entrega y aceptación de la Valoración RLCPD

La Valoración genera Certificado de Discapacidad

SI ☒ NO ☐

Acepta la información de la valoración (puede solicitar una segunda opinión en cualquier momento mediante escrito que señale las razones de inconformidad y esta debe ser remitida a la secretaria de salud municipal).

SI ☒ NO ☐

Acepta el uso de esta información en el sistema RLCPD.

SI ☒ NO ☐



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido					
PABLO	ANDRES	FUENTES	SAAVEDRA					
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia							
CÓRDOBA	MONTERÍA							
1.7 Documento de Identidad								
Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	X	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:		1138077383						

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
SOLUCIONES EN SALUD IPS	Año	Mes	Día
	2024	11	6
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	900518561		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	50.00
Movilidad	15.00
Cuidado Personal	18.75
Relaciones	50.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	60.71

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b163.2 b198.2 b770.1

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación
d161.2 d598.3 d910.2



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
OLGA LUCIA OTERO BENITEZ	Psicología	CC-1067861801
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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

Alcaldía de
MONTERÍA
Secretaría de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO											
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD											
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaria de Salud Municipal			
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024					FECHA DE EXPEDICIÓN: 27/10/2024						
NOMBRES		MANUEL DE JESUS LORA PADILLA				CC No.		6859410			
DIRECCIÓN								Tel/CEL: 3007641420			
E-MAIL:											
ACOMPAÑANTE:			ANA VICTORIA LORA								
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 940362					
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI					Tel/Cel: 310 498 4916				
CONSULTA		Institucional:		☒		Domicilio:		☐		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com	
APOYO Y AJUSTES		Movilidad:		☐		Comunicación:		☐		Personas de apoyo:	
RECURSOS		MINISTERIO DE SALUD		☐		PROPIOS		☒		EMPRESA PRIVADA	
Firma:  Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA											

SOLUCIONES EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Yo, Ana Victoria Vera, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 32251760, domiciliado/a en Montería, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que, para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada, para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de Manuel De Jesus Jara Paolillo con #5259-410 (Paciente)
5. Me informó que los resultados de la aplicación de estas preguntas le permitirán a la IPS CERTIFICAR el tipo y grado de discapacidad intelectual.
6. Igualmente, me informó que para garantizar que los resultados del Instrumento de Valoración se adecuen a la realidad es preciso responder a todas las preguntas verazmente, por lo cual, me permito indicar que las afirmaciones que realice se entenderán realizadas bajo la gravedad de juramento.

He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración descrito en este documento

Nombre del Usuario: Manuel De Jesus Jara Paolillo
C.C.: G. Esq 410
Firma: _____
Fecha: 06-11-2024

Huella:



EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Este consentimiento informado para la valoración de personas con discapacidad mental-psicosocial, intelectual o múltiple fue firmado ante los profesionales Equipo Multidisciplinario de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Medicina- psicólogo- FISIOTERAPEUTA

Nombre del profesional: Antonio Morales Diaz
C.C.: 70.513.045
Firma: [Firma]
Fecha: 06-19-2024

Huella:



Nombre del profesional: Olga Juana Otero Benitez
C.C.: 1063 261 201
Firma: [Firma]
Fecha: 06-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Maria Margarita Lengua II
C.C.: 50924406
Firma: [Firma]
Fecha: 0-11-2024

Huella:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 6.859.410
LORA PADILLA

APELLIDOS
MANUEL DE JESUS

NOMBRES

Manuel Jesus
Firma



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-JUL-1945

CERETE
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72

ESTATURA

O+

G S RH

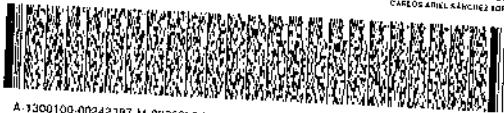
M

SEXO

17-DIC-1967 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANTONIO RIVERA BARRERA



A 1300100-00242387-M-0006850-110-20100023

00224209-6A 1

34772510

Anexo de consentimiento informado.

Formato de entrega y aceptación de la Valoración RLCPD

La Valoración genera Certificado de Discapacidad

SI ☒ NO ☐

Acepta la información de la valoración (puede solicitar una segunda opinión en cualquier momento mediante escrito que señale las razones de inconformidad y esta debe ser remitida a la secretaria de salud municipal).

SI ☒ NO ☐

Acepta el uso de esta información en el sistema RLCPD.

SI ☒ NO ☐



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
MANUEL	DE JESUS	LORA	PADILLA
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia		
CÓRDOBA	MONTERÍA		
1.7 Documento de Identidad			
Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía
			☒
			Cédula de extranjería
			Pasaporte
			Carnet diplomático
			Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:		6859410	

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
SOLUCIONES EN SALUD IPS	Año	Mes	Día
	2024	11	6
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	900518561		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	75.00
Movilidad	60.00
Cuidado Personal	81.25
Relaciones	80.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	75.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b144.3 b163.3 b198.3

2. Codigos Estructuras Corporales
s110.383 s1100.388

3. Codigos Actividades y Participación
d570.3 d598.4 d879.3



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
OLGA LUCIA OTERO BENITEZ	Psicología	CC-1067861801
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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

Alcaldía de
MONTERÍA
Secretaría de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO									
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD									
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaria de Salud Municipal	
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024						FECHA DE EXPEDICIÓN:			
NOMBRES		MAXIMO JOSE OLEA PEÑATE				CC No.		1133797584	
DIRECCIÓN		MAXIMO JOSE OLEA PEÑATE				Tel/CEL:		3217094146-3205863207	
E-MAIL:									
ACOMPANANTE:			Luis Trujillo Madrid						
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 816082			
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI				Tel/Cel: 310 498 4916			
CONSULTA		Institucional:		☒		Domicilio:		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com	
APOYO Y AJUSTES		Movilidad:				Comunicación:		Personas de apoyo:	
RECURSOS		MINISTERIO DE SALUD				PROPIOS		☒ EMPRESA PRIVADA	
Firma:  Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA									

EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

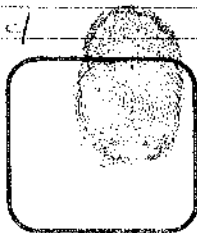
Yo, José Enrique Trujillo Madrid, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 78708462, domiciliado/a en Montería, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que, para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de Maximo Jose Olea Pereda con # 113379584 (Paciente)
5. Me informó que los resultados de la aplicación de estas preguntas le permitirán a la IPS CERTIFICAR el tipo y grado de discapacidad FÍSICA.
6. Igualmente, me informó que para garantizar que los resultados del Instrumento de Valoración se adecuen a la realidad es preciso responder a todas las preguntas verazmente, por lo cual, me permito indicar que las afirmaciones que realice se entenderán realizadas bajo la gravedad de juramento.

He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración descrito en este documento

Nombre del Usuario: Maximo Jose Olea Pereda
C.C.: 1.133.797.584
Firma: _____
Fecha: 06-11-2024

Huella:



EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Este consentimiento informado para la valoración de personas con discapacidad mental-psicosocial, intelectual o múltiple fue firmado ante los profesionales Equipo multidisciplinario de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de psicólogo clínico

Nombre del profesional: Andrés Morales Ortiz
C.C.: 70.513.945
Firma: [Firma]
Fecha: 06-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Olga Leda Oliva Buitrago
C.C.: 1.064.864.859
Firma: [Firma]
Fecha: 06-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Maria Margarita Jenzu H
C.C.: 50.929.905
Firma: [Firma]
Fecha: 6-11-2024

Huella:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

IDENTIFICACION 1.133.797.554

OLEA PENATA

SEXO M

MAXIMO JOSE

FECHA DE EMISION

maximo olea



FECHA DE NACIMIENTO 28-AGO-1954

MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

ESTATURA

O+

GRUPO SANG

M

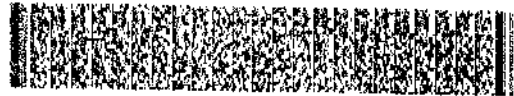
SEXO

06 MAY-2008 MONTERIA

FECHA DE EMISION Y LUGAR DE EMISION

FECHA DE EMISION

FECHA DE EMISION Y LUGAR DE EMISION



FECHA DE EMISION Y LUGAR DE EMISION

FECHA DE EMISION Y LUGAR DE EMISION

FECHA DE EMISION Y LUGAR DE EMISION

Anexo de consentimiento informado.

Formato de entrega y aceptación de la Valoración RLCPD

La Valoración genera Certificado de Discapacidad

SI ☒ NO ☐

Acepta la información de la valoración (puede solicitar una segunda opinión en cualquier momento mediante escrito que señale las razones de inconformidad y esta debe ser remitida a la secretaria de salud municipal).

SI ☒ NO ☐

Acepta el uso de esta información en el sistema RLCPD.

SI ☒ NO ☐



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
MAXIMO	JOSE	OLEA	PEÑATA
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia		
CÓRDOBA	MONTERÍA		
1.7 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:		1133797584	

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
SOLUCIONES EN SALUD IPS	Año	Mes	Día
	2024	11	6
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	900518561		

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	Puntaje
Cognición	0.00
Movilidad	60.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	10.00
Actividades de la Vida Diaria	62.50
Participación	56.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b760.2 b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales
s750.343 s7500.373 s7501.343

3. Codigos Actividades y Participación
d4154.3 d598.2 d879.2



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

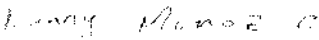
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
OLGA LUCIA OTERO BENITEZ	Psicologia	CC-1067861801
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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

Alcaldía de
MONTERÍA
Secretaría de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO									
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD									
MUNICIPIO	MONTERIA				ENTIDAD	Secretaria de Salud Municipal			
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024					FECHA DE EXPEDICIÓN:				
NOMBRES	KAREN LORENA AYALA GUZMAN				CC No.	1067866372			
DIRECCIÓN	KAREN LORENA AYALA GUZMAN					Tel/CEL: 3222880269			
E-MAIL:									
ACOMPAÑANTE:									
IPS:	SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 728242				
DIRECCIÓN	CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI					Tel/Cel: 310 498 4916			
CONSULTA	Institucional:	☒	Domicilio:	☐	E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com				
APOYO Y AJUSTES	Movilidad:	☐	Comunicación:	☐	Personas de apoyo:	☐			
RECURSOS	MINISTERIO DE SALUD	☐	PROPIOS	☒	EMPRESA PRIVADA	☐			
Firma:  Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA									

01-34100	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD		CODIGO: AIS-FOI-15
	Proceso: Consulta externa		PERSONA:
			FECHA: 01-02-2023

Yo, Laura Lorena Jorda Cruzman, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 106.034.0390, domiciliado/a en San Carlos, C, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El/a profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental-psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que, para certificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explica que la información que yo le suministro es de carácter confidencial y solo será utilizada para garantizar la reparación integral adecuada y diferencial de las personas físicas con discapacidad con afiliación a pacientes.
5. Me informó que los resultados de la aplicación de estas preguntas le permitirán a la IPS CERTIFICAR el tipo y grado de discapacidad de 15/100%.
6. Igualmente, me informó que para garantizar ante los resultados del Instrumento de Valoración se adecuen a la realidad es preciso responder a todas las preguntas verazmente, por lo cual, me permito indicar que las afirmaciones que realice se entenderán realizadas bajo la gravedad de juramento.

He entendido la información que se me ha dado y aceto participar en el proceso de valoración escrito en este documento

Nombre del Usuario: Laura Lorena Jorda Cruzman
 C.C.: 106.034.0390
 Firma: Laura Lorena Jorda Cruzman
 Fecha: 01-02-2023

Firma:



	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
	Versión: 01	FECHA: 01-22-2023
	Proceso: Consulta externa	

Este consentimiento informado para la valoración de personas con discapacidad mental-psicosocial, intelectual o múltiple fue firmado ante los profesionales Georgina Rodríguez de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Asesora Social y Psicóloga Clínica.

Nombre del profesional: Georgina Rodríguez
 C.C.: 90 573-3448
 Firma: [Firma]
 Fecha: 02-10-2023

Huella: 

Nombre del profesional: Georgina Rodríguez
 C.C.: 90 573-3448
 Firma: [Firma]
 Fecha: 02-10-2023

Huella:

Nombre del profesional: Maria Elena Rodríguez
 C.C.: 90 573-3448
 Firma: [Firma]
 Fecha: 02-10-2023

Huella: 

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
SECRETARÍA DE CIUDADANÍA

CÓDIGO 1.067.866.372
AYALA GUZMAN

KAREN LORENA

Karen Lorena Ayala

10/11



10/11

FECHA DE NACIMIENTO 17-SEP-1984

MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59

ESTATURA

A+

GRUPO SANG

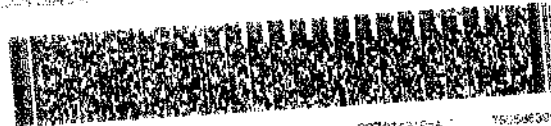
F

SEXO

05-DIC-2008 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADO NACIONAL
ALTA/BAJA/OTRO



2-VERIFICAR EN INTERNET: www.identificacion.gov.co

0079143157A

1605060055

Anexo de consentimiento informado.

Formato de entrega y aceptación de la Valoración RLCPD

La Valoración genera Certificado de Discapacidad

SI ☒ NO ☐

Acepta la información de la valoración (puede solicitar una segunda opinión en cualquier momento mediante escrito que señale las razones de inconformidad y esta debe ser remitida a la secretaria de salud municipal).

SI ☒ NO ☐

Acepta el uso de esta información en el sistema RLCPD.

SI ☒ NO ☐

Calle 27 # 11 – 74 Barrio Chuchurubí Centro
Teléfono: 3104984916
Montería - Córdoba



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido					
KAREN	LORENA	AYALA	GUZMAN					
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia							
CÓRDOBA	MONTERÍA							
1.7 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:		1067866372						

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
SOLUCIONES EN SALUD IPS	Año	Mes	Día
	2024	11	7
2.3 Tipo de Entidad Vairadora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	900518561		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Física	SI	X	NO	Dominio	Puntaje
Visual	SI	X	NO	Cognición	0.00
Auditiva	SI		NO X	Movilidad	70.00
Intelectual	SI		NO X	Cuidado Personal	50.00
Psicosocial (Mental)	SI		NO X	Relaciones	35.00
Sordoceguera	SI		NO X	Actividades de la Vida Diaria	56.25
Múltiple	SI	X	NO	Participación	75.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b2100.3 b2101.3 b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales
s1100.283 s2203.38 s7300.282

3. Codigos Actividades y Participación
d4602.3 d598.3 d879.3



f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

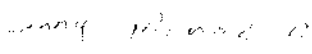
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
OLGA LUCIA OTERO BENITEZ	Psicología	CC-1067861801
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-60927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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

Alcaldía de
MONTERÍA
Secretaria de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO									
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD									
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaria de Salud Municipal	
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024						FECHA DE EXPEDICIÓN: 27/10/2024			
NOMBRES		MANUEL ANTONIO CAVADIA DELGADO				CC No.		15075038	
DIRECCIÓN								Tel/CEL: 3135331538- 3219509502	
E-MAIL:									
ACOMPANANTE:									
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 1106746			
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI						Tel/Cel: 310 498 4916	
CONSULTA		Institucional:		X		Domicilio:		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com	
APOYO Y AJUSTES		Movilidad:				Comunicación:		Personas de apoyo:	
RECURSOS		MINISTERIO DE SALUD				PROPIOS		X EMPRESA PRIVADA	
Firma:  Nombre: KENINY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA									

EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
	Proceso: Consulta externa	VERSIÓN: 01
		FECHA: 01-22-2023

Yo, Haniel Antonio Cevallos Delgado, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 15.075.038, domiciliado/a en Quindío, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que, para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de Haniel Antonio Cevallos Delgado con #15075038 (Paciente)
5. Me informó que los resultados de la aplicación de estas preguntas le permitirán a la IPS CERTIFICAR el tipo y grado de discapacidad Visual
6. Igualmente, me informó que para garantizar que los resultados del Instrumento de Valoración se adecuen a la realidad es preciso responder a todas las preguntas verazmente, por lo cual, me permito indicar que las afirmaciones que realice se entenderán realizadas bajo la gravedad de juramento.

He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración descrito en este documento

Nombre del Usuario: Haniel Antonio Cevallos Delgado
C.C.: 15/075.038
Firma: Haniel Cevallos
Fecha: 07-11-2024

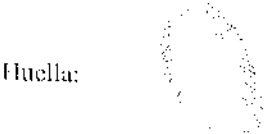
Huella:



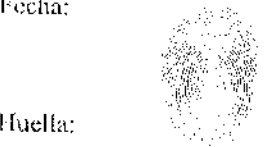
EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
	Proceso: Consulta externa	VERSIÓN: 01
		FECHA: 01-22-2023

Este consentimiento informado para la valoración de personas con discapacidad mental-psicosocial, intelectual o múltiple fue firmado ante los profesionales de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Equipo Multidisciplinario Medico-psicologo- fisio terapeuta

Nombre del profesional: Antonio Morales Diaz
C.C.: 70.578.041
Firma: [Firma]
Fecha: 07-11-2024



Nombre del profesional: Olga Lucia Otero Beritez
C.C.: 1.067.861.801
Firma: [Firma]
Fecha: 07-11-2024



Nombre del profesional: Maria Margarita Jerguati
C.C.: 50928905
Firma: [Firma]
Fecha: 7-11-2024

Huella:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 15.075.038

CAVADIA DELGADO

APELLIDOS

MANUEL ANTONIO

NOMBRES

Manuel Antonio Cavadia Delgado



FECHA DE NACIMIENTO 23-ENE-1973

PUERTO ESCONDIDO

(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74

ESTATURA

O+

GRUPO SANG

M

SEXO

27-JUL-1991 PUERTO ESCONDIDO

FECHA Y LUGAR DE EXPIRACION

INDICE REFUECHO



F-1200HJ 001296173-M 0015075038-2011-11

036786-4647

MANUEL ANTONIO

Anexo de consentimiento informado.

Formato de entrega y aceptación de la Valoración RLCPD

La Valoración genera Certificado de Discapacidad

SI ☒ NO ☐

Acepta la información de la valoración (puede solicitar una segunda opinión en cualquier momento mediante escrito que señale las razones de inconformidad y esta debe ser remitida a la secretaria de salud municipal).

SI ☒ NO ☐

Acepta el uso de esta información en el sistema RLCPD.

SI ☒ NO ☐



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
MANUEL	ANTONIO	CAVADIA	DELGADO
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia		
CÓRDOBA	MONTERÍA		

1.7 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:		15075038						

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
SOLUCIONES EN SALUD IPS	Año	Mes	Día
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2024	11	7
NI	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
	900518561		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	0.00
Movilidad	30.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	40.00
Actividades de la Vida Diaria	62.50
Participación	56.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b210.4 b2101.3 b2102.3

2. Codigos Estructuras Corporales
s210.482 s220.482

3. Codigos Actividades y Participación
d4602.2 d598.2 d879.2



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

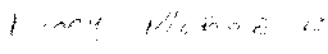
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
OLGA LUCIA OTERO BENITEZ	Psicología	CC-1067861801
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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

Alcaldía de
MONTERÍA
Secretaría de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO									
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD									
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaria de Salud Municipal	
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024					FECHA DE EXPEDICIÓN: 23/10/2024				
NOMBRES		JUANA BAUTISTA CORDERO ALARCON				CC No.		1067914003	
DIRECCIÓN		3135470562						Tel/CEL: MZ 63 LT 19 B/ VILLA PAZ ZONA VERDE	
E-MAIL:									
ACOMPAÑANTE:									
IPS:	SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 1021158				
DIRECCIÓN	CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI					Tel/Cel: 310 498 4916			
CONSULTA	Institucional:	X	Domicilio:		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com				
APOYO Y AJUSTES	Movilidad:			Comunicación:			Personas de apoyo:		
RECURSOS	MINISTERIO DE SALUD			PROPIOS		X	EMPRESA PRIVADA		
Firma:  Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA									

SOLUCIONES EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Yo, Rafaelia cordia Morcén, mayor de edad, identificad/a con cédula de ciudadanía 50912324, domiciliado/a en Montería, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que, para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de Juana Bautista Cordero Alarcon con #067914003 (Paciente)
5. Me informó que los resultados de la aplicación de estas preguntas le permitirán a la IPS CERTIFICAR el tipo y grado de discapacidad múltiple.
6. Igualmente, me informó que para garantizar que los resultados del Instrumento de Valoración se adecuen a la realidad es preciso responder a todas las preguntas verazmente, por lo cual, me permito indicar que las afirmaciones que realice se entenderán realizadas bajo la gravedad de juramento.

He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración descrito en este documento

Nombre del Usuario: Juana Bautista Cordero Alarcon
C.C.: 1.067.914.003
Firma: _____
Fecha: 07-11-2024

Huella:



EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
	Proceso: Consulta externa	VERSIÓN: 01
		FECHA: 01-22-2023

Este consentimiento informado para la valoración de personas con discapacidad mental-psicosocial, intelectual o múltiple fue firmado ante los profesionales Equipo Multidisciplinario de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Medico-Psicologo-PSIORDERPEDEA

Nombre del profesional: Antonio Morales Diaz
C.C.: 70.813.9015
Firma: [Firma]
Fecha: 07-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Dga Lucia Otero Benitez
C.C.: 1.069.801.801
Firma: [Firma]
Fecha: 07-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Maria Monsuila Jorgosa H
C.C.: 50027905
Firma: [Firma]
Fecha: 7-11-2024

Huella:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.067.914.003

CORDERO ALABCON

APELLIDOS

JUANA BAUTISTA

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-JUL-1954

MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 A+ F

ESTATURA SEXO

27-AGO-2010 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL ALBARRAZ TORRES



P-1300100-00262753-F-1007814003-20101027 0024573510A 1 35/50706

Anexo de consentimiento informado.

Formato de entrega y aceptación de la Valoración RLCPD

La Valoración genera Certificado de Discapacidad

SI ☒ NO ☐

Acepta la información de la valoración (puede solicitar una segunda opinión en cualquier momento mediante escrito que señale las razones de inconformidad y esta debe ser remitida a la secretaria de salud municipal).

SI ☒ NO ☐

Acepta el uso de esta información en el sistema RLCPD.

SI ☒ NO ☐



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido					
JUANA	BAUTISTA	CORDERO	ALARCON					
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia							
CÓRDOBA	MONTERÍA							
1.7 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:		1067914003						

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
SOLUCIONES EN SALUD IPS	Año	Mes	Día
	2024	11	7
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	900518561		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	75.00
Movilidad	25.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	50.00
Actividades de la Vida Diaria	62.50
Participación	56.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b163.3 b164.3 b7601.3

2. Codigos Estructuras Corporales
s730.382 s7301.182 s7302.382

3. Codigos Actividades y Participación
d161.3 d570.3 d879.2



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
OLGA LUCIA OTERO BENITEZ	Psicología	CC-1067861801
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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

Alcaldía de
MONTERÍA

Secretaria de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO									
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD									
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaria de Salud Municipal	
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024						FECHA DE EXPEDICIÓN: 27/10/2024			
NOMBRES		INES MARIA LOPEZ GUERRA				TI No.		1233342033	
DIRECCIÓN		Calle 28 con 18 aw-25					Tel/CEL: 3013155080		
E-MAIL:									
ACOMPañANTE:			Claudia Patricia guerra López						
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 781870			
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI					Tel/Cel: 310 498 4916		
CONSULTA		Institucional:		☒		Domicilio:		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com	
APOYO Y AJUSTES		Movilidad:			Comunicación:			Personas de apoyo:	
RECURSOS		MINISTERIO DE SALUD			PROPIOS			☒ EMPRESA PRIVADA	
Firma: <i>Kenny Muñoz C</i> Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA									

SOLUCIONES EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-23-2023

Yo, Saider Antonio Lopez Vergara, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 10933903, domiciliado/a en Montería, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de Ines Maria Lopez Guerra con #12334203 (Paciente)
5. Me informó que los resultados de la aplicación de estas preguntas le permitirán a la IPS CERTIFICAR el tipo y grado de discapacidad intelectual.
6. Igualmente, me informó que para garantizar que los resultados del Instrumento de Valoración se adecuen a la realidad es preciso responder a todas las preguntas verazmente, por lo cual, me permito indicar que las afirmaciones que realice se entenderán realizadas bajo la gravedad de juramento.

He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración descrito en este documento

Nombre del Usuario: Ines Maria Lopez Guerra
C.C.: 1.233.342.033
Firma: _____
Fecha: 07-11-2024

Ufuella:



EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Este consentimiento informado para la valoración de personas con discapacidad mental-psicosocial, intelectual o múltiple fue firmado ante los profesionales de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Equipo Multidisciplinario de FISIOTERAPIA

Nombre del profesional: Antonio Morales Diaz
C.C.: 70.513.024.5
Firma: [Firma]
Fecha: 07-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Olaya Lucia Olaya Benitez
C.C.: 1.669.861.801
Firma: [Firma]
Fecha: 07-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Maria Margarita Jengwa H
C.C.: 80927905
Firma: [Firma]
Fecha: 7-11-2024

Huella: 

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.233.342.033
LOPEZ GUERRA

APELLIDOS

INES MARIA

NOMBRES



NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-JUN-2016
MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

04-JUN-2034

FECHA DE VENCIMIENTO

19-JUL-2023 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

A+

G S RH

F

SEXO

MEMBRO NACIONAL
Asociación de la mujer

INDICE DE NEGRO



P-1300100-01305933-T-1233342033-20231123

D137536057A 2

R50808R218

Anexo de consentimiento informado.

Formato de entrega y aceptación de la Valoración RLCPD

La Valoración genera Certificado de Discapacidad

SI ☒ NO ☐

Acepta la información de la valoración (puede solicitar una segunda opinión en cualquier momento mediante escrito que señale las razones de inconformidad y esta debe ser remitida a la secretaria de salud municipal).

SI ☒ NO ☐

Acepta el uso de esta información en el sistema RLCPD.

SI ☒ NO ☐



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido					
INES	MARIA	LOPEZ	GUERRA					
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia							
CÓRDOBA	MONTERÍA							
1.7 Documento de Identidad								
Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	X	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:		1233342033						

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
SOLUCIONES EN SALUD IPS	Año	Mes	Día
	2024	11	7
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	900518561		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	70.83
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	43.75
Relaciones	70.00
Actividades de la Vida Diaria	69.44
Participación	75.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b163.2 b164.2 b189.2

2. Codigos Estructuras Corporales
s110.188 s1102.188

3. Codigos Actividades y Participación
d161.3 d598.3 d820.3



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

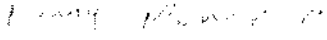
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
OLGA LUCIA OTERO BENITEZ	Psicología	CC-1067861801
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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

Alcaldía de
MONTERÍA
Secretaría de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCILINARIO														
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD														
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaria de Salud Municipal						
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024					FECHA DE EXPEDICIÓN: 27/10/2024									
NOMBRES		CRISTIAN ANTONIO MANJARREZ MANJARREZ				CC No.		1067941818						
DIRECCIÓN		MZ 38 LT 28 B/ VILLA MELISA					Tel/CEL: 3195891702							
E-MAIL:														
ACOMPAÑANTE:			MARIO MANJARREZ											
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 872554								
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI					Tel/Cel: 310 498 4916							
CONSULTA		Institucional:		☒		Domicilio:		☐		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com				
APOYO Y AJUSTES		Movilidad:			☐		Comunicación:		☐		Personas de apoyo:		☐	
RECURSOS		MINISTERIO DE SALUD			☐		PROPIOS		☒		EMPRESA PRIVADA		☐	
Firma: 														
Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO														
Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD														
SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA														

EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
	Proceso: Consulta externa	VERSIÓN: 01
		FECHA: 01-22-2023

Yo, Cristian A. Manjarrez Manjarrez, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 1067941818, domiciliado/a en Montería, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que, para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de Cristian Antonio Manjarrez Manjarrez con ID# 18741878 (Paciente)
5. Me informó que los resultados de la aplicación de estas preguntas le permitirán a la IPS CERTIFICAR el tipo y grado de discapacidad Pl. Escual Herold
6. Igualmente, me informó que para garantizar que los resultados del Instrumento de Valoración se adecuen a la realidad es preciso responder a todas las preguntas verazmente, por lo cual, me permito indicar que las afirmaciones que realice se entenderán realizadas bajo la gravedad de juramento.

He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración descrito en este documento

Nombre del Usuario: Cristian Antonio Manjarrez
C.C.: 1.067.941.818
Firma: Cristian Antonio Manjarrez
Fecha: 07-11-2024

Huella:



EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
	Proceso: Consulta externa	VERSIÓN: 01
		FECHA: 01-22-2023

Este consentimiento informado para la valoración de personas con discapacidad mental-psicosocial, intelectual o múltiple fue firmado ante los profesionales Equipo multidisciplinario de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Psicólogo-Terapeuta

Nombre del profesional: Antonio Morales Velez
C.C.: 90.513.945
Firma: [Firma]
Fecha: 07-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Olga Lucia Olen Berito
C.C.: 1007861801
Firma: [Firma]
Fecha: 07-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Maria Margarita Jorga
C.C.: 609270105
Firma: [Firma]
Fecha: 7-11-2024

Huella: 

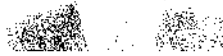
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

IDENTIFICACION 1.067.941.818
MANJARREZ MANJARREZ

CRISTIAN ANTONIO

NOCERO

Cristian Manjarrez



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-JUN-1995
MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73

ESTADURA

O+

G. S. RH

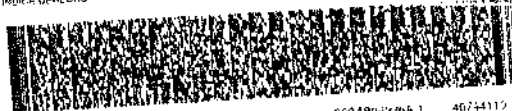
M

SEXO

06-AGO-2013 MONTERIA

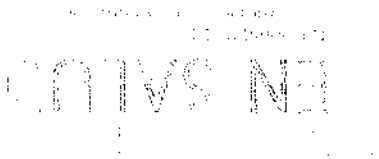
FECHA Y LUGAR DE EXPIRACION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARISTO SANCHEZ TORRES



P 1300100-00409529 M 1067941818 20130913

00348903264 1 40744112



Anexo de consentimiento informado.

Formato de entrega y aceptación de la Valoración RLCPD

La Valoración genera Certificado de Discapacidad

SI ☒ NO ☐

Acepta la información de la valoración (puede solicitar una segunda opinión en cualquier momento mediante escrito que señale las razones de inconformidad y esta debe ser remitida a la secretaría de salud municipal).

SI ☒ NO ☐

Acepta el uso de esta información en el sistema RLCPD.

SI ☒ NO ☐

Calle 27 # 11 – 74 Barrio Chuchurubi Centro
Teléfono: 3104984916
Montería - Córdoba

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	CRISTIAN
1.2 Segundo nombre	ANTONIO
1.3 Primer apellido	MANJARREZ
1.4 Segundo apellido	MANJARREZ
1.5 Departamento de Residencia	CÓRDOBA
1.6 Municipio de Residencia	MONTERÍA

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjera	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad: 1067941818								

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación	Año	Mes	Día
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora	2024	11	7
NI	900518561			

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	NO	X	Dominio	Puntaje
Visual	SI	NO	X	Cognición	25.00
Auditiva	SI	NO	X	Movilidad	0.00
Intelectual	SI	NO	X	Cuidado Personal	18.75
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	Relaciones	70.00
Sordociega	SI	NO	X	Actividades de la Vida Diaria	75.00
Múltiple	SI	NO	X	Participación	75.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales	b122.3 b126.3 b134.3
2. Codigos Estructuras Corporales	
3. Codigos Actividades y Participación	d570.3 d598.3 d879.3

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de identificación
--------	-----------	---------------------------------

OLGA LUCIA OTERO BENITEZ	Psicología	CC-1067861801
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

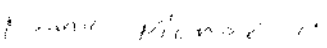
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
OLGA LUCIA OTERO BENITEZ	Psicología	CC-1067861801
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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

Alcaldía de
MONTERÍA
Secretaria de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO											
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD											
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaria de Salud Municipal			
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024						FECHA DE EXPEDICIÓN: 22/10/2024					
NOMBRES		JUAN CARLOS VELEZ MOLINA				CC No.		10931428			
DIRECCIÓN		CALLE 2B # 28-38 B/ LA CANDELARIA					Tel/CEL: 3148389989				
E-MAIL:											
ACOMPañANTE:											
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 1083185					
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI					Tel/Cel: 310 498 4916				
CONSULTA		Institucional:		☒		Domicilio:		☐		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com	
APOYO Y AJUSTES		Movilidad:		☐		Comunicación:		☐		Personas de apoyo:	
RECURSOS		MINISTERIO DE SALUD		☐		PROPIOS		☒		EMPRESA PRIVADA	
Firma:  Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA											

SOLUCIONES EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
	Proceso: Consulta externa	VERSIÓN: 01
		FECHA: 01-22-2023

Yo, Juan Carlos Velez MI mayor de edad,
identificado/a con cédula de ciudadanía 10.931428, domiciliado/a en
Medellin, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria
que:

1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que, para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de Juan Carlos Velez Holinci con 10.931428 (Paciente)
5. Me informó que los resultados de la aplicación de estas preguntas le permitirán a la IPS CERTIFICAR el tipo y grado de discapacidad FISICA
6. Igualmente, me informó que para garantizar que los resultados del Instrumento de Valoración se adecuen a la realidad es preciso responder a todas las preguntas verazmente, por lo cual, me permito indicar que las afirmaciones que realice se entenderán realizadas bajo la gravedad de juramento.

He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración descrito en este documento

Nombre del Usuario: Juan Carlos Velez Holinci
C.C.: 10.931428
Firma: _____
Fecha: 07-11-2024

Huella:



EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Este consentimiento informado para la valoración de personas con discapacidad mental-psicosocial, intelectual o múltiple fue firmado ante los profesionales Equipo multidisciplinario de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de psicólogo, fisio terapeuta.

Nombre del profesional: Antonio Morales blaz
C.C.: 70.573.040
Firma: [Firma]
Fecha: 07-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Olaya Julia Olaya Berilez
C.C.: 1009861851
Firma: [Firma]
Fecha: 07-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Maria Margarita Jengua H
C.C.: 50927905
Firma: [Firma]
Fecha: 7-11-2024

Huella: 

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CECULA DE CIUDADANIA

10 931 428

VELEZ MOLINA

APR 1988

JUAN CARLOS

10 931 428

UNION CARLOS VARELA



04-JUN-1978

MONTERIA
(CORDOBA)

1.54

O+

M

11-MAY-1987 MONTERIA

MONTERIA

11-MAY-1987



MONTERIA 11-MAY-1987

Anexo de consentimiento informado.

Formato de entrega y aceptación de la Valoración RLCPD

La Valoración genera Certificado de Discapacidad

SI ☒ NC ☐

Acepta la información de la valoración (puede solicitar una segunda opinión en cualquier momento mediante escrito que señale las razones de inconformidad y esta debe ser remitida a la secretaria de salud municipal).

SI ☒ NC ☐

Acepta el uso de esta información en el sistema RLCPD.

SI ☒ NC ☐

Calle 27 # 11 – 74 Barrio Chuchurubí Centro
Teléfono: 3104984916
Montería - Córdoba



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido					
JUAN	CARLOS	VELEZ	MOLINA					
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia							
CÓRDOBA	MONTERIA							
1.7 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:		10931428						

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
SOLUCIONES EN SALUD IPS	Año	Mes	Día
	2024	11	7
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	900518561		

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	Puntaje
Cognición	0.00
Movilidad	55.00
Cuidado Personal	37.50
Relaciones	10.00
Actividades de la Vida Diaria	62.50
Participación	62.50

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b7600.2 b7601.2

2. Codigos Estructuras Corporales
s7102.388 s730.281 s750.281

3. Codigos Actividades y Participación
d4501.3 d598.3 d879.2



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
OLGA LUCIA OTERO BENITEZ	Psicología	CC-1067861801
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045

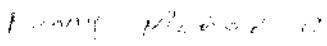


El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.

Alcaldía de
MONTERÍA

Secretaria de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO									
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD									
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaria de Salud Municipal	
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024					FECHA DE EXPEDICIÓN: 23/10/2024				
NOMBRES		TALIA HERNANDEZ TAPIA				CC No.		1003397932	
DIRECCIÓN		BARRIO VEREDA TROPICAL, MANZANA 24 LOTE 6				Tel/CEL: 3145239865- 3217095928			
E-MAIL:									
ACOMPañANIE:									
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS			Cód. Autorización: 1097184				
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI				Tel/Cel: 310 498 4916			
CONSULTA		Institucional:		X		Domicilio:		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com	
APOYO Y AJUSTES		Movilidad:				Comunicación:		Personas de apoyo:	
RECURSOS		MINISTERIO DE SALUD				PROPIOS		X EMPRESA PRIVADA	
Firma:  Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA									

EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Yo, carla gema sofia tapia esuadero, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 50910091, domiciliado/a en monteria, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que, para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de Talia Hernandez Tapia con #1003397932 (Paciente)
5. Me informó que los resultados de la aplicación de estas preguntas le permitirán a la IPS CERTIFICAR el tipo psicosocial mental y grado de discapacidad
6. Igualmente, me informó que para garantizar que los resultados del Instrumento de Valoración se adecuen a la realidad es preciso responder a todas las preguntas verazmente, por lo cual, me permito indicar que las afirmaciones que realice se entenderán realizadas bajo la gravedad de juramento.

He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración descrito en este documento

Nombre del Usuario: TALIA HERNANDEZ TAPIA
C.C.: 1003397932
Firma: Talia Hernandez Tapia
Fecha: 07/11/2024

[Huella:



EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
	Proceso: Consulta externa	VERSIÓN: 01
		FECHA: 01-22-2023

Este consentimiento informado para la valoración de personas con discapacidad mental-psicosocial, intelectual o múltiple fue firmado ante los profesionales Equipo Multidisciplinario de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Medico - psicólogo - fisioterapeutas

Nombre del profesional: Andr  o Morales Diaz
C.C.: 70.573.045
Firma: [Firma]
Fecha: 07-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Olga Lucia Otero Benitez
C.C.: 1.062.861.801
Firma: [Firma]
Fecha: 07-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Maria Margarita Jerguez H
C.C.: 50924905
Firma: [Firma]
Fecha: 7-11-2024

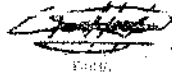
Huella: 

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL

1.003.307.032

HERNANDEZ TAPIA

TALIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-AGO-2000

MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57

O+

F

ESTATURA

GRUPO SANG

SEXO

12-SEP-2018 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPELICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GARCIA VACA



D-1900100-01038200-F-10033979-12-20180910

0082637751A 1

7505193225

Anexo de consentimiento informado.

Formato de entrega y aceptación de la Valoración RLCPD

La Valoración genera Certificado de Discapacidad

SI ☒ NO ☐

Acepta la información de la valoración (puede solicitar una segunda opinión en cualquier momento mediante escrito que señale las razones de inconformidad y esta debe ser remitida a la secretaria de salud municipal).

SI ☒ NO ☐

Acepta el uso de esta información en el sistema RLCPD.

SI ☒ NO ☐

Calle 27 # 11 – 74 Barrio Chuchurubí Centro
Teléfono: 3104984916
Montería - Córdoba



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido					
TALIA		HERNANDEZ	TAPIA					
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia							
CÓRDOBA	MONTERÍA							
1.7 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:		1003397932						

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
SOLUCIONES EN SALUD IPS	Año	Mes	Día
	2024	11	7
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	900518561		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	29.17
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	40.00
Actividades de la Vida Diaria	18.75
Participación	59.38

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b144.2 b163.1 b198.1

2. Codigos Estructuras Corporales
s110.188 s1100.288

3. Codigos Actividades y Participación
d161.2 d598.3 d879.2



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

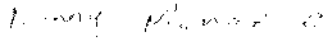
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
OLGA LUCIA OTERO BENITEZ	Psicología	CC-1067861801
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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

Alcaldía de
MONTERÍA
Secretaría de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO											
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD											
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaria de Salud Municipal			
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024					FECHA DE EXPEDICIÓN: 31/10/2024						
NOMBRES		ELIZABETH ESPITIA ARGUMEDO				TI No.		1138030608			
DIRECCIÓN		B CANTA CLARO MZ 16 LT 14					Tel/CEL: 311 6877800				
E-MAIL:											
ACOMPañANTE:			Ana Maria Argumedo Muñoz								
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS			Cód. Autorización: 1104109						
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI					Tel/Cel: 310 498 4916				
CONSULTA		Institucional:		☒		Domicilio:		☐		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com	
APOYO Y AJUSTES		Movilidad:		☐		Comunicación:		☐		Personas de apoyo:	
RECURSOS		MINISTERIO DE SALUD		☐		PROPIOS		☒		EMPRESA PRIVADA	
Firma: 											
Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO											
Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD											
SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA											

SOLUCIONES EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSION: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Yo, Elizabeth Espinosa Argomedo Muñoz, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 50.911.542, domiciliado/a en Medellín, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que, para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de Elizabeth Espinosa Argomedo con #1138030608 (Paciente)
5. Me informó que los resultados de la aplicación de estas preguntas le permitirán a la IPS **CERTIFICAR** el tipo y grado de discapacidad Intelectual.
6. Igualmente, me informó que para garantizar que los resultados del Instrumento de Valoración se adecuen a la realidad es preciso responder a todas las preguntas verazmente, por lo cual, me permito indicar que las afirmaciones que realice se entenderán realizadas bajo la gravedad de juramento.

He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración descrito en este documento

Nombre del Usuario: Elizabeth Espinosa Argomedo
 C.C.: 50.911.542
 Firma: [Firma]
 Fecha: 07-11-2024

Huella:



EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Este consentimiento informado para la valoración de personas con discapacidad mental-psicosocial, intelectual o múltiple fue firmado ante los profesionales Equipo Heterodisciplinario de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Médico-psicólogo y Psicoterapeutas

Nombre del profesional: Andonio Morales Diaz
C.C.: 70.543.945
Firma: [Firma]
Fecha: 07-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Olga Lucia Otero Becido
C.C.: 1067867809
Firma: [Firma]
Fecha: 07-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Maria Margarita Jimenez
C.C.: 50927905
Firma: [Firma]
Fecha: 7-11-2024

Huella:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.138.030.608
ESPITIA ARGUMEDO

APELLIDOS
ELIZABETH

NOMBRES



NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-AGO-2015

MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

16-AGO-2033

FECHA DE VENCIMIENTO

A+

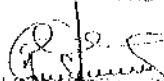
,G S RH

F

SFXO

14-SEP-2022 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


H. GARCÍA GONZÁLEZ
SECRETARÍA DE INTERIORES

INDICADOR DE CERO



1-1300100 01319975 F-1138030608-20220921

0086090801A 1

8505709887

SOLUCIONES EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Yo, Wilder Manuel Ortega Santos, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 10.893.420, domiciliado/a en Medellín, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que, para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de Wilder Manuel Ortega Santos con #10.893.420 (Paciente)
5. Me informó que los resultados de la aplicación de estas preguntas le permitirán a la IPS CERTIFICAR el tipo y grado de discapacidad FÍSICA
6. Igualmente, me informó que para garantizar que los resultados del Instrumento de Valoración se adecuen a la realidad es preciso responder a todas las preguntas verazmente, por lo cual, me permito indicar que las afirmaciones que realice se entenderán realizadas bajo la gravedad de juramento.

He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración descrito en este documento

Nombre del Usuario: Wilder Manuel Ortega Santos
C.C.: 10.893.420
Firma: Wilder Ortega S.
Fecha: 07-11-2024

Huella:



Anexo de consentimiento informado.

Formato de entrega y aceptación de la Valoración RLCPD

La Valoración genera Certificado de Discapacidad

SI ☒ NO ☐

Acepta la información de la valoración (puede solicitar una segunda opinión en cualquier momento mediante escrito que señale las razones de inconformidad y esta debe ser remitida a la secretaria de salud municipal).

SI ☒ NO ☐

Acepta el uso de esta información en el sistema RLCPD.

SI ☒ NO ☐

Calle 27 # 11 -- 74 Barrio Chuchurubí Centro
Teléfono: 3104984916
Montería - Córdoba



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido					
ELIZABETH		ESPITIA	ARGUMEDO					
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia							
CÓRDOBA	MONTERÍA							
1.7 Documento de Identidad								
Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	X	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:		1138030608						

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
SOLUCIONES EN SALUD IPS	Año	Mes	Día
	2024	11	7
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	900518561		

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	Puntaje
Cognición	50.00
Movilidad	85.00
Cuidado Personal	81.25
Relaciones	50.00
Actividades de la Vida Diaria	61.11
Participación	60.71

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b730.3 b735.3 b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales
s798.388

3. Codigos Actividades y Participación
d4602.4 d598.4 d910.2



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
OLGA LUCIA OTERO BENITEZ	Psicología	CC-1067861801
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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

Alcaldía de
MONTERÍA
Secretaría de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO									
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD									
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaria de Salud Municipal	
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024						FECHA DE EXPEDICIÓN: 22/10/2024			
NOMBRES		NELCY STELLA CAUSIL POLO				CC No.		34991127	
DIRECCIÓN		CRA 8 F# 4-25 ALFONSO LOPEZ						Tel/CEL: 3232882585	
E-MAIL:									
ACOMPañANTE:			ALVARO RODRIGUEZ						
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 1330715			
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI					Tel/Cel: 310 498 4916		
CONSULTA		Institucional:		☒		Domicilio:		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com	
APOYO Y AJUSTES		Movilidad:				Comunicación:		Personas de apoyo:	
RECURSOS		MINISTERIO DE SALUD				PROPIOS		☒ EMPRESA PRIVADA	
Firma: <i>Kenny Muñoz C</i> Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA									

EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
	Proceso: Consulta externa	VERSIÓN: 01
		FECHA: 01-22-2023

Yo, Aníbal Rodríguez Caosil, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 1064946803, domiciliado/a en MONTEBIA, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que, para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de Nelcy stella Caosil polo con #34991123 (Paciente)
5. Me informó que los resultados de la aplicación de estas preguntas le permitirán a la IPS CERTIFICAR el tipo y grado de discapacidad FÍSICA.
6. Igualmente, me informó que para garantizar que los resultados del Instrumento de Valoración se adecuen a la realidad es preciso responder a todas las preguntas verazmente, por lo cual, me permito indicar que las afirmaciones que realice se entenderán realizadas bajo la gravedad de juramento.

He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración descrito en este documento

Nombre del Usuario: Nelcy stella Caosil polo
C.C.: 34 991 123
Firma: Nelcy Caosil polo
Fecha: 07-11-2024

Huella:



EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
	Proceso: Consulta externa	VERSIÓN: 01
		FECHA: 01-22-2023

Este consentimiento informado para la valoración de personas con discapacidad mental-psicosocial, intelectual o múltiple fue firmado ante los profesionales de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Equipo multidisciplinario de Psicólogo-TS/O/terapeuta

Nombre del profesional: Antonio Morales Diaz
C.C.: 70.893.848
Firma: [Firma]
Fecha: 01-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Olga Lucia Olea Berrio
C.C.: 1067851801
Firma: [Firma]
Fecha: 01-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Maria Margarita Lengua H
C.C.: 50927905
Firma: [Firma]
Fecha: 7-11-2024

Huella: 

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 34.991.127

CAUSIL POLO

SEÑALADO

NELCY STELLA

NOMBRES

Nelcy Causil polo

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-FEB-1963
MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50

B+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

25-ENE-1985 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACÍA



A-1300100-00977858-F-0034991127-20180212

0059481268A 1

9903321673

Anexo de consentimiento informado.

Formato de entrega y aceptación de la Valoración RLCPD

La Valoración genera Certificado de Discapacidad

SI ☒ NO ☐

Acepta la información de la valoración (puede solicitar una segunda opinión en cualquier momento mediante escrito que señale las razones de inconformidad y esta debe ser remitida a la secretaria de salud municipal).

SI ☒ NO ☐

Acepta el uso de esta información en el sistema RLCPD.

SI ☒ NO ☐

Calle 27 # 11 – 74 Barrio Chuchurubí Centro
Teléfono: 3104984916
Montería - Córdoba



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido					
NELCY	STELLA	CAUSIL	POLO					
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia							
CÓRDOBA	MONTERÍA							
1.7 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: 34991127

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
SOLUCIONES EN SALUD IPS	Año	Mes	Día
	2024	11	7
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	900518561		

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	Puntaje
Cognición	0.00
Movilidad	75.00
Cuidado Personal	37.50
Relaciones	10.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	50.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b7600.2 b7601.2 b770.3
2. Codigos Estructuras Corporales
s750.383 s7508.383
3. Codigos Actividades y Participación
d4602.3 d570.2 d598.2



f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
OLGA LUCIA OTERO BENITEZ	Psicología	CC-1067861801
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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

Alcaldía de
MONTERÍA

Secretaría de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCILINARIO									
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD									
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaria de Salud Municipal	
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024						FECHA DE EXPEDICIÓN: 27/10/2024			
NOMBRES		WILDER MANUEL ORTEGA SANTOS				CC No.		10893420	
DIRECCIÓN		DIAG 4 TRASN 3 B/ POLICARPA						Tel/CEL: 3042147091	
E-MAIL:									
ACOMPAÑANTE:				MARIO SANTOS					
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 756302			
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI						Tel/Cel: 310 498 4916	
CONSULTA		Institucional:		☒		Domicilio:		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com	
APOYO Y AJUSTES		Movilidad:			Comunicación:			Personas de apoyo:	
RECURSOS		MINISTERIO DE SALUD			PROPIOS			☒ EMPRESA PRIVADA	
Firma: <i>Kenny Muñoz C</i> Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA									

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Yo, Wilder Manuel Ortega Santos, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 10.893.420, domiciliado/a en Antioquia, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

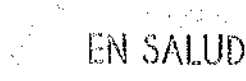
1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que, para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de Wilder Manuel Ortega Santos con ID. 893.420 (Paciente)
5. Me informó que los resultados de la aplicación de estas preguntas le permitirán a la IPS CERTIFICAR el tipo y grado de discapacidad FÍSICA
6. Igualmente, me informó que para garantizar que los resultados del Instrumento de Valoración se adecuen a la realidad es preciso responder a todas las preguntas verazmente, por lo cual, me permito indicar que las afirmaciones que realice se entenderán realizadas bajo la gravedad de juramento.

He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración descrito en este documento

Nombre del Usuario: Wilder Manuel Ortega Santos
 C.C.: 10.893.420
 Firma: Wilder Ortega S.
 Fecha: 07-11-2024

Huella:



	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Este consentimiento informado para la valoración de personas con discapacidad mental-psicosocial, intelectual o múltiple fue firmado ante los profesionales Equipo Multidisciplinario de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Psicólogo-Funoterapeuta

Nombre del profesional: Antonio Morales Pizarro
C.C.: 70.513.045
Firma: [Firma]
Fecha: 09-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Olga Lucia Oleo Brito
C.C.: 7.069.851.801
Firma: [Firma]
Fecha: 09-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Maria Margarita Lengua TI
C.C.: 80928905
Firma: [Firma]
Fecha: 7-11-2024

Huella:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 10.893.420
ORTEGA SANTOS

APellidos
WILDER MANUEL

NOMBRE

Wilder Ortega S.



FECHA DE NACIMIENTO 05-MAY-1965
PUEBLO NUEVO
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 A+ M
ESTATURA G.C. RA SEXO

20-SEP-1983 PUEBLO NUEVO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTROS NACIONALES
CARLOS AMARAL RODRIGUEZ

INDICE DERECHO



A-1303700-00160622-M 001583430-20090020 0012915190A 2 7000012191

Anexo de consentimiento informado.

Formato de entrega y aceptación de la Valoración RLCPD

La Valoración genera Certificado de Discapacidad

SI ☒ NO ☐

Acepta la información de la valoración (puede solicitar una segunda opinión en cualquier momento mediante escrito que señale las razones de inconformidad y esta debe ser remitida a la secretaria de salud municipal).

SI ☒ NO ☐

Acepta el uso de esta información en el sistema RLCPD.

SI ☒ NO ☐

Calle 27 # 11 – 74 Barrio Chuchurubí Centro
Teléfono: 3104984916
Montería - Córdoba



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido					
WILDER	MANUEL	ORTEGA	SANTOS					
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia							
CÓRDOBA	MONTERÍA							
1.7 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:		10893420						

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
SOLUCIONES EN SALUD IPS	Año	Mes	Día
	2024	11	7
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	900518561		

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	Puntaje
Cognición	0.00
Movilidad	70.00
Cuidado Personal	37.50
Relaciones	10.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	59.38

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b7100.4 b770.3 b798.3
2. Codigos Estructuras Corporales
s750.382 s7501.412 s7502.412
3. Codigos Actividades y Participación
d4154.3 d570.3 d879.3



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

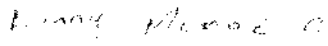
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
OLGA LUCIA OTERO BENITEZ	Psicología	CC-1067861801
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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

Alcaldía de
MONTERÍA
Secretaría de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO									
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD									
MUNICIPIO	MONTERIA				ENTIDAD	Secretaría de Salud Municipal			
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024					FECHA DE EXPEDICIÓN: 01/11/2024				
NOMBRES	IVAN CAMILO TORRES PASTRANA				TI No.	1068424888			
DIRECCIÓN	MZ 7 LT 12 B SANTAFE					Tel/CEL: 3146405616- 3174466054			
E-MAIL:									
ACOMPAÑANTE:		MARIA PASTRANA							
IPS:	SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 871981				
DIRECCIÓN	CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI					Tel/Cel: 310 498 4916			
CONSULTA	Institucional:	☒	Domicilio:	☐	E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com				
APOYO Y AJUSTES	Movilidad:	☐	Comunicación:	☐	Personas de apoyo:		☐		
RECURSOS	MINISTERIO DE SALUD	☐	PROPIOS	☒	EMPRESA PRIVADA		☐		
Firma:  Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA									

E+ SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Yo, Maria Elvira Pastrana Rivero, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 106788240, domiciliado/a en Montería, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que, para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de Ivan Camilo Torre Pastrana con ID# 068-424888 (Paciente)
5. Me informó que los resultados de la aplicación de estas preguntas le permitirán a la IPS CERTIFICAR el tipo y grado de discapacidad intelectual
6. Igualmente, me informó que para garantizar que los resultados del Instrumento de Valoración se adecuen a la realidad es preciso responder a todas las preguntas verazmente, por lo cual, me permito indicar que las afirmaciones que realice se entenderán realizadas bajo la gravedad de juramento.

He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración descrito en este documento

Nombre del Usuario: Ivan Camilo Torre Pastrana
C.C.: 1068-424888
Firma: [Firma]
Fecha: 08-11-2024

Huella:



EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Este consentimiento informado para la valoración de personas con discapacidad mental-psicosocial, intelectual o múltiple fue firmado ante los profesionales Equipo Interdisciplinario de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Psicólogo - Psiquiatra.

Nombre del profesional: Antonio Murillo Diaz
C.C.: 705430480
Firma: [Firma]
Fecha: 08-10-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Silvana Caraballo Demus
C.C.: 1067956458
Firma: [Firma]
Fecha: 08-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Maria Margarita Jengosa H
C.C.: 50927905
Firma: [Firma]
Fecha: 8-11-2024

Huella: 

Anexo de consentimiento informado.

Formato de entrega y aceptación de la Valoración RLCPD

La Valoración genera Certificado de Discapacidad

SI ☒ NO ☐

Acepta la información de la valoración (puede solicitar una segunda opinión en cualquier momento mediante escrito que señale las razones de inconformidad y esta debe ser remitida a la secretaria de salud municipal).

SI ☒ NO ☐

Acepta el uso de esta información en el sistema RLCPD.

SI ☒ NO ☐

Calle 27 # 11 – 74 Barrio Chuchurubí Centro
Teléfono: 3104984916
Montería - Córdoba



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
IVAN	CAMILO	TORRES	PASTRANA
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia		
CÓRDOBA	MONTERÍA		

1.7 Documento de Identidad

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

Número de documento de identidad: 1068424888

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
SOLUCIONES EN SALUD IPS	Año	Mes	Día
	2024	11	8
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	900518561		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	75.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	50.00
Actividades de la Vida Diaria	52.78
Participación	57.14

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b163.3 b189.3 b198.3
2. Codigos Estructuras Corporales
3. Codigos Actividades y Participación
d161.3 d598.2 d910.2



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

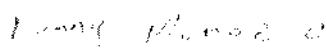
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARABALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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

Alcaldía de
MONTERÍA
Secretaría de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO									
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD									
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaria de Salud Municipal	
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024					FECHA DE EXPEDICIÓN: 31/10/2024				
NOMBRES		ALEJANDRO ANTONIO CAVADIA DELGADO				CC No.		15077103	
DIRECCIÓN		MZ 64 LT 11					Tel/CEL: 3023685908		
E-MAIL:									
ACOMPANANTE:									
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS			Cód. Autorización: 776265				
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI					Tel/Cel: 310 498 4916		
CONSULTA		Institucional:		☒		Domicilio:		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com	
APOYO Y AJUSTES		Movilidad:				Comunicación:		Personas de apoyo:	
RECURSOS		MINISTERIO DE SALUD				PROPIOS		☒ EMPRESA PRIVADA	
Firma:  Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA									

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSION: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Yo, Alcandro Antonio Cavallia Delgado mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 15.077.103, domiciliado/a en Montería, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que, para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de Alcandro Cavallia Delgado con #15.077.103 (Paciente)
5. Me informó que los resultados de la aplicación de estas preguntas le permitirán a la IPS CERTIFICAR el tipo y grado de discapacidad Visual.
6. Igualmente, me informó que para garantizar que los resultados del Instrumento de Valoración se adecuen a la realidad es preciso responder a todas las preguntas verazmente, por lo cual, me permito indicar que las afirmaciones que realice se entenderán realizadas bajo la gravedad de juramento.

He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración descrito en este documento

Nombre del Usuario: Alcandro Antonio Cavallia Delgado
C.C.: 15.077.103
Firma: _____
Fecha: 08-11-2024

Huella:



SOLUCION EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Este consentimiento informado para la valoración de personas con discapacidad mental-psicosocial, intelectual o múltiple fue firmado ante los profesionales Equipo multidisciplinario de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Psicólogo - fisioterapeuta.

Nombre del profesional: Daniela Mercedes Diaz
C.C.: 70513045
Firma: [Firma]
Fecha: 08-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Silvana Caraballo Pantoja
C.C.: 1067956458
Firma: [Firma]
Fecha: 08-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Maria Margarita Sengier H
C.C.: 50927905
Firma: [Firma]
Fecha: 8-11-2024

Huella:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 15.077.103

CAVADIA DELGADO

NOMBRE

ALEJANDRO ANTONIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Alejandro Cavadia Delgado
FIRMA



ÍNDICE DE DEDOS

FECHA DE NACIMIENTO 18-OCT-1981

PUERTO ESCONDIDO
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.76

ESTATURA

O+

SANGRE

M

SEXO

04-SEP-2001 PUERTO ESCONDIDO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

FOTOGRAFADOR NACIONAL
ALEJANDRO VEGA RODRIGUEZ



A-1300150-01301755-M-0015077103-20220606

007960087A 1

B59478745R

Anexo de consentimiento informado.

Formato de entrega y aceptación de la Valoración RLCPD

La Valoración genera Certificado de Discapacidad

SI ☒ NO ☐

Acepta la información de la valoración (puede solicitar una segunda opinión en cualquier momento mediante escrito que señale las razones de inconformidad y esta debe ser remitida a la secretaria de salud municipal).

SI ☒ NO ☐

Acepta el uso de esta información en el sistema RLCPD.

SI ☒ NO ☐



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido					
ALEJANDRO	ANTONIO	CAVADIA	DELGADO					
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia							
CÓRDOBA	MONTERÍA							
1.7 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:		15077103						

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
SOLUCIONES EN SALUD IPS	Año	Mes	Día
	2024	11	8
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	900518561		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	0.00
Movilidad	30.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	43.75
Participación	56.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b210.4 b2101.4 b2102.4

2. Codigos Estructuras Corporales
s210.481 s220.481

3. Codigos Actividades y Participación
d598.2 d879.2 d940.2



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

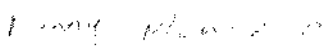
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARABALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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

Alcaldía de
MONTERÍA
Secretaría de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO									
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD									
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaria de Salud Municipal	
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024					FECHA DE EXPEDICIÓN: 01/11/2024				
NOMBRES		SHIRLE PATRICIA SANCHEZ OSORIO				CC No.		1067843082	
DIRECCIÓN		MZ P LT 1 B NUEVA COLOMBIA					Tel/CEL: 3126368172		
E-MAIL:									
ACOMPANANTE:			LUZ ENA OSORIO ARROYO						
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 781856			
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI					Tel/Cel: 310 498 4916		
CONSULTA		Institucional:		☒		Domicilio:		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com	
APOYO Y AJUSTES		Movilidad:				Comunicación:		Personas de apoyo:	
RECURSOS		MINISTERIO DE SALUD				PROPIOS		☒ EMPRESA PRIVADA	
Firma:  Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA									

SOLUCIONES EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Yo, Shirley Patricia Sanchez Perera, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 41.627.779, domiciliado/a en 41.627.779 - Montecito, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que, para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de Shirley Patricia Sanchez Perera con 067.843.082 (Paciente)
5. Me informó que los resultados de la aplicación de estas preguntas le permitirán a la IPS CERTIFICAR el tipo y grado de discapacidad Múltiple
6. Igualmente, me informó que para garantizar que los resultados del Instrumento de Valoración se adecuen a la realidad es preciso responder a todas las preguntas verazmente, por lo cual, me permito indicar que las afirmaciones que realice se entenderán realizadas bajo la gravedad de juramento.

He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración descrito en este documento

Nombre del Usuario: Shirley Patricia Sanchez Perera
C.C.: 41.627.779
Firma: _____
Fecha: 08-11-2024

Huella:



	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
	Proceso: Consulta externa	VERSIÓN: 01
	FECHA: 01-22-2023	

Este consentimiento informado para la valoración de personas con discapacidad mental-psicosocial, intelectual o múltiple fue firmado ante los profesionales Equipo Salud de sol pl nuno de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Psico-psiquiatras- psiquiatras.

Nombre del profesional: Roxana Margarita Diaz
 C.C.: 905130045
 Firma: [Firma]
 Fecha: 08-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Silvana Carballo Pardo
 C.C.: 1067956059
 Firma: [Firma]
 Fecha: 11-08-2024

Huella:



Nombre del profesional: Maria Mercedes Vergara H
 C.C.: 609276105
 Firma: [Firma]
 Fecha: 8-11-2024

Huella:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.087.843.082

SANCHEZ OSORIO

APELLIDOS

SANCHEZ PATRICIA

NOMBRE

11-MAR-2005

MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADO NACIONAL

CARLOS AP. EL SANCHEZ TORRES

1.48

ESTATURA

A+

GR. RH

E

SEXO

11-MAR-2005 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADO NACIONAL

CARLOS AP. EL SANCHEZ TORRES

1.48

ESTATURA

A+

GR. RH

E

SEXO

11-MAR-2005 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADO NACIONAL

CARLOS AP. EL SANCHEZ TORRES

1.48

ESTATURA

A+

GR. RH

E

SEXO

11-MAR-2005 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADO NACIONAL

CARLOS AP. EL SANCHEZ TORRES

1.48

ESTATURA

A+

GR. RH

E

SEXO

11-MAR-2005 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADO NACIONAL

CARLOS AP. EL SANCHEZ TORRES

1.48

ESTATURA

A+

GR. RH

E

SEXO

11-MAR-2005 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADO NACIONAL

CARLOS AP. EL SANCHEZ TORRES

1.48

ESTATURA

A+

GR. RH

E

SEXO

11-MAR-2005 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADO NACIONAL

CARLOS AP. EL SANCHEZ TORRES

1.48

ESTATURA

A+

GR. RH

E

SEXO

11-MAR-2005 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADO NACIONAL

CARLOS AP. EL SANCHEZ TORRES

1.48

ESTATURA

A+

GR. RH

E

SEXO

11-MAR-2005 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADO NACIONAL

CARLOS AP. EL SANCHEZ TORRES

Anexo de consentimiento informado.

Formato de entrega y aceptación de la Valoración RLCPD

La Valoración genera Certificado de Discapacidad

SI ☒ NO ☐

Acepta la información de la valoración (puede solicitar una segunda opinión en cualquier momento mediante escrito que señale las razones de inconformidad y esta debe ser remitida a la secretaria de salud municipal).

SI ☒ NO ☐

Acepta el uso de esta información en el sistema RLCPD.

SI ☒ NO ☐



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido					
SHIRLE	PATRICIA	SANCHEZ	OSORIO					
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia							
CÓRDOBA	MONTERÍA							
1.7 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:		1067843082						

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
SOLUCIONES EN SALUD IPS	Año	Mes	Día
	2024	11	8
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	900518561		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	75.00
Movilidad	60.00
Cuidado Personal	75.00
Relaciones	80.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	59.38

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b164.3 b167.3 b7601.2

2. Codigos Estructuras Corporales
s110.288 s730.382 s750.382

3. Codigos Actividades y Participación
d161.3 d598.4 d879.2



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARABALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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

Alcaldía de
MONTERÍA
Secretaría de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO									
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD									
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaria de Salud Municipal	
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024						FECHA DE EXPEDICIÓN: 31/10/2024			
NOMBRES		ALBERTO MANUEL JIMENEZ VERTEL				CC No.		1068806512	
DIRECCIÓN		VILLA MELISA MZ 54 LT 11						Tel/CEL: 3217617553	
E-MAIL:									
ACOMPAÑANTE:									
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 794919			
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI						Tel/Cel: 310 498 4916	
CONSULTA		Institucional:		☒		Domicilio:		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com	
APOYO Y AJUSTES		Movilidad:		☐		Comunicación:		Personas de apoyo:	
RECURSOS		MINISTERIO DE SALUD		☐		PROPIOS		☒ EMPRESA PRIVADA	
Firma:  Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA									

SOLUCIONES EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Yo, ALBERTO MANUEL JIMÉNEZ VERTEL, mayor de edad,
identificado/a con cédula de ciudadanía 1068.806.512, domiciliado/a en
Montería, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria
que:

1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que, para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de Alberto Manuel Jiménez Vertel con 1068.806.512 (Paciente)
5. Me informó que los resultados de la aplicación de estas preguntas le permitirán a la IPS CERTIFICAR el tipo y grado de discapacidad física.
6. Igualmente, me informó que para garantizar que los resultados del Instrumento de Valoración se adecuen a la realidad es preciso responder a todas las preguntas verazmente, por lo cual, me permito indicar que las afirmaciones que realice se entenderán realizadas bajo la gravedad de juramento.

He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración descrito en este documento

Nombre del Usuario: Alberto Manuel Jiménez Vertel
C.C.: 1068.806.512
Firma: Alberto J
Fecha: 08-11-2024

Huella:



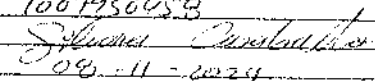
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Este consentimiento informado para la valoración de personas con discapacidad mental-psicosocial, intelectual o múltiple fue firmado ante los profesionales Equipo de discapacidad de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Psico-psicólogo-psicopedagogo.

Nombre del profesional: Monica Marcela Diaz
C.C.: 70513045
Firma: 
Fecha: 08-11-2024

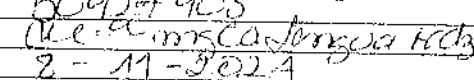
Huella:



Nombre del profesional: Silvana Caraballo Dumas
C.C.: 1007950459
Firma: 
Fecha: 08-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Maria Mercedes Jorgosa H
C.C.: 50929905
Firma: 
Fecha: 2-11-2024

Huella:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.060.006.512
JIMENEZ VERTEL

APELLIDOS
ALBERTO MANUEL

NOMBRES

Alberto Jiménez
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-FEB-1985

VALENCIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.46

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

21-ABR-2004 VALENCIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADO NACIONAL
JULIO CESAR GARCIA VALDES



P-1306100-01001990-M-1060006512 20100709

0055140376A 1

0608563635

Anexo de consentimiento informado.

Formato de entrega y aceptación de la Valoración RLCPD

La Valoración genera Certificado de Discapacidad

SI ☒ NO ☐

Acepta la información de la valoración (puede solicitar una segunda opinión en cualquier momento mediante escrito que señale las razones de inconformidad y esta debe ser remitida a la secretaria de salud municipal).

SI ☒ NO ☐

Acepta el uso de esta información en el sistema RLCPD.

SI ☒ NO ☐



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido					
ALBERTO	MANUEL	JIMENEZ	VERTEL					
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia							
CÓRDOBA	MONTERÍA							
1.7 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:		1068806512						

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
SOLUCIONES EN SALUD IPS	Año	Mes	Día
	2024	11	8
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	900518561		

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	Puntaje
Cognición	0.00
Movilidad	70.00
Cuidado Personal	31.25
Relaciones	10.00
Actividades de la Vida Diaria	62.50
Participación	59.38

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b7601.3 b7602.3 b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales
s7500.341 s7501.381 s7502.361

3. Codigos Actividades y Participación
d4602.3 d598.2 d879.3



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

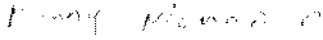
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARABALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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

Alcaldía de
MONTERÍA
Secretaría de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO									
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD									
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaria de Salud Municipal	
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024						FECHA DE EXPEDICIÓN: 01/11/2024			
NOMBRES		JULIO ENRIQUE HERNANDEZ GODIN				CC No.		6576839	
DIRECCIÓN		CALLE 96 CRA 5C- 18 B MOCARI						Tel/CEL: 3016100203	
E-MAIL:									
ACOMPAÑANTE:			ANEUNIN NEGRETE						
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 850971			
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI						Tel/Cel: 310 498 4916	
CONSULTA		Institucional:		X		Domicilio:		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com	
APOYO Y AJUSTES		Movilidad:				Comunicación:		Personas de apoyo:	
RECURSOS		MINISTERIO DE SALUD				PROPIOS		X EMPRESA PRIVADA	
Firma:  Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA									

SOLUCIONES EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
	Proceso: Consulta externa	VERSIÓN: 01
		FECHA: 01-22-2023

Yo, Juan Enrique Hernandez Godin, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 6860394, domiciliado/a en Medellin, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que, para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de Juan Enrique Hernandez Godin con #6576839 (Paciente)
5. Me informó que los resultados de la aplicación de estas preguntas le permitirán a la IPS CERTIFICAR el tipo y grado de discapacidad intelectual
6. Igualmente, me informó que para garantizar que los resultados del Instrumento de Valoración se adecuen a la realidad es preciso responder a todas las preguntas verazmente, por lo cual, me permito indicar que las afirmaciones que realice se entenderán realizadas bajo la gravedad de juramento.

He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración descrito en este documento

Nombre del Usuario: Juan Enrique Hernandez Godin
C.C.: 6576839
Firma: _____
Fecha: 08-11-2024

Huella:



	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
	Proceso: Consulta externa	VERSIÓN: 01
		FECHA: 01-22-2023

Este consentimiento informado para la valoración de personas con discapacidad mental-psicosocial, intelectual o múltiple fue firmado ante los profesionales Enrique Hernández Quintana de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Neuropsicólogo - Psiquiatra.

Nombre del profesional: Enrique Hernández Quintana
C.C.: 705.130.445
Firma: [Firma]
Fecha: 08-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Shiana Camacho Dávila
C.C.: 1007.950.458
Firma: [Firma]
Fecha: 08-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Maria Margarita Jengoci Hdz
C.C.: 80904905
Firma: [Firma]
Fecha: 8-11-2024

Huella:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
6.576.839
NOMBRE
HERNANDEZ GODIN
APELLIDOS
JULIO ENRIQUE
FIRMAS
Julio Enrique Hernandez Godin
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-FEB-1940
LUGAR DE NACIMIENTO
MONTERRIA
(CORDOBA)
ESTATURA 1.65
G.S. III A+
SEXO M
FECHA Y LUGAR DE EMISION
17-UL-1967 MONTERRIA
FIRMA REGISTRADOR
Julio Enrique Hernandez Godin
Firma
A-1300100-1316209 15-06-99 980921
06031106



Anexo de consentimiento informado.

Formato de entrega y aceptación de la Valoración RLCPD

La Valoración genera Certificado de Discapacidad

SI ☒ NO ☐

Acepta la información de la valoración (puede solicitar una segunda opinión en cualquier momento mediante escrito que señale las razones de inconformidad y esta debe ser remitida a la secretaria de salud municipal).

SI ☒ NO ☐

Acepta el uso de esta información en el sistema RLCPD.

SI ☒ NO ☐



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JULIO	MIGUEL	HERNANDEZ	GODIN
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia		
CÓRDOBA	MONTERÍA		

1.7 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: 6576839

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
SOLUCIONES EN SALUD IPS	Año	Mes	Día
	2024	11	8
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	900518561		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	70.83
Movilidad	50.00
Cuidado Personal	56.25
Relaciones	65.00
Actividades de la Vida Diaria	62.50
Participación	56.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b163.3 b5253.3 b6202.3
2. Codigos Estructuras Corporales
3. Codigos Actividades y Participación
d4602.2 d598.4 d879.2



f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

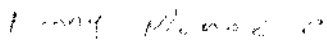
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARABALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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

Alcaldía de
MONTERÍA
Secretaria de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO									
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD									
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaria de Salud Municipal	
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024					FECHA DE EXPEDICIÓN: 23/10/2024				
NOMBRES		GINA MARGARITA BLANCO CASTELLAR				CC No.		50929663	
DIRECCIÓN		Cra 17 bis # 46-32. Edificio Turin Torre1 Apto 405. Urbanización Bilbao					Tel/CEL: 6047804212		
E-MAIL:									
ACOMPAÑANIE:									
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 1198390			
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI					Tel/Cel: 310 498 4916		
CONSULTA		Institucional:		☒		Domicilio:		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com	
APOYO Y AJUSTES		Movilidad:				Comunicación:		Personas de apoyo:	
RECURSOS		MINISTERIO DE SALUD				PROPIOS		☒ EMPRESA PRIVADA	
Firma:  Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA									

SOLUCIONES EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Yo, Nelly Blanco C, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 34 997 754, domiciliado/a en Montería, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que, para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de Gra. Mariana Blanco Cassellar con #50.929.663 (Paciente)
5. Me informó que los resultados de la aplicación de estas preguntas le permitirán a la IPS CERTIFICAR el tipo y grado de discapacidad física.
6. Igualmente, me informó que para garantizar que los resultados del Instrumento de Valoración se adecuen a la realidad es preciso responder a todas las preguntas verazmente, por lo cual, me permito indicar que las afirmaciones que realice se entenderán realizadas bajo la gravedad de juramento.

He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración descrito en este documento

Nombre del Usuario: Gra. Mariana Blanco Cassellar
 C.C.: 50. 929.663
 Firma: _____
 Fecha: 08-11-2024

Huella:



SOLUCION EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Este consentimiento informado para la valoración de personas con discapacidad mental-psicosocial, intelectual o múltiple fue firmado ante los profesionales Equipo multidisciplinario de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Medico Psicólogo - forense.

Nombre del profesional: Antonio Morales Diaz
C.C.: 70.513.045.10
Firma: [Firma]
Fecha: 08-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Silvana Caraballo Darias
C.C.: 1067956453
Firma: [Firma]
Fecha: 08-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Maria Margarita Vargas H
C.C.: 50929905
Firma: [Firma]
Fecha: 8-11-2024

Huella:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 50.929.663

BLANCO CASTELLAR

APELLIDOS

GINA MARGARITA

SEXO

Gina M. Blanco

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 30-MAY-1980

MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA AB+ G.S. RH F SEXO

09-JUL-1988 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ACEL BANCHE TAVES



A-1300100-00130635-F-0080929663-20081122 0006892508A 1 7480015822

Anexo de consentimiento informado.

Formato de entrega y aceptación de la Valoración RLCPD

La Valoración genera Certificado de Discapacidad

SI ☒ NO ☐

Acepta la información de la valoración (puede solicitar una segunda opinión en cualquier momento mediante escrito que señale las razones de inconformidad y esta debe ser remitida a la secretaria de salud municipal).

SI ☒ NO ☐

Acepta el uso de esta información en el sistema RLCPD.

SI ☒ NO ☐

Calle 27 # 11 -- 74 Barrio Chuchurubí Centro
Teléfono: 3104984916
Montería - Córdoba



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido					
GINA	MARGARITA	BLANCO	CASTELLAR					
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia							
CÓRDOBA	MONTERÍA							
1.7 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: 50929663

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
SOLUCIONES EN SALUD IPS	Año	Mes	Día
	2024	11	8
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	900518561		

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	Puntaje
Cognición	0.00
Movilidad	75.00
Cuidado Personal	62.50
Relaciones	15.00
Actividades de la Vida Diaria	62.50
Participación	62.50

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b755.3 b7603.3 b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales
s730.382 s7302.372 s750.382

3. Codigos Actividades y Participación
d4602.3 d550.2 d879.3



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

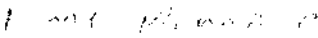
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARABALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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

Alcaldía de
MONTERÍA
Secretaría de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO									
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD									
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaria de Salud Municipal	
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024						FECHA DE EXPEDICIÓN: 23/10/2024			
NOMBRES		TERESA LORENA BRAVO RODRIGUEZ				CC No.		1136909389	
DIRECCIÓN								Tel/CEL: 3124864603	
E-MAIL:									
ACOMPAÑANTE:									
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 1055261			
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI						Tel/Cel: 310 498 4916	
CONSULTA		Institucional:		X		Domicilio:		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com	
APOYO Y AJUSTES		Movilidad:				Comunicación:		Personas de apoyo:	
RECURSOS		MINISTERIO DE SALUD				PROPIOS		X EMPRESA PRIVADA	
Firma:  Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA									

SOLUCIONES EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
	Proceso: Consulta externa	VERSIÓN: 01
		FECHA: 01-22-2023

Yo, Teresa Lorenz Bravo Rodríguez mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 50.899.982, domiciliado/a en Montaña, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que, para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de Teresa Lorenz Bravo Rodríguez con #136909389 (Paciente)
5. Me informó que los resultados de la aplicación de estas preguntas le permitirán a la IPS CERTIFICAR el tipo y grado de discapacidad Intelectual
6. Igualmente, me informó que para garantizar que los resultados del Instrumento de Valoración se adecuen a la realidad es preciso responder a todas las preguntas verazmente, por lo cual, me permito indicar que las afirmaciones que realice se entenderán realizadas bajo la gravedad de juramento.

He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración descrito en este documento

Nombre del Usuario: Teresa Lorenz Bravo Rodríguez
C.C.: 50.899.982
Firma: _____
Fecha: 07-11-2024

Huella:



	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Este consentimiento informado para la valoración de personas con discapacidad mental-psicosocial, intelectual o múltiple fue firmado ante los profesionales Zeferino Felicitiano de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Médico-psicólogo-fisioterapeuta.

Nombre del profesional: Antonio Morales Diaz
C.C.: 30.873.045
Firma: [Firma]
Fecha: 07-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Olga Lucia Otero Beritez
C.C.: 1.067.801.801
Firma: [Firma]
Fecha: 07-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Maria Margarita Lengua H
C.C.: 50927405
Firma: [Firma]
Fecha: 7-11-2024

Huella: 

FECHA DE NACIMIENTO 16-JUN-1969
PUERTO BOYACA
(BOYACA)

FECHA DE NACIMIENTO

1.58

ESTADURA

A+

GRUPO SANG

F

ESTADO

24-NOV-2005 BOGOTA D.C.

FECHA DE EMISSION

FECHA DE EMISSION



FECHA DE EMISSION

00527

FECHA DE EMISSION

FECHA DE EMISSION

FECHA DE EMISSION

FECHA DE EMISSION

FECHA DE EMISSION



Anexo de consentimiento informado.

Formato de entrega y aceptación de la Valoración RLCPD

La Valoración genera Certificado de Discapacidad

SI ☒ NO ☐

Acepta la información de la valoración (puede solicitar una segunda opinión en cualquier momento mediante escrito que señale las razones de inconformidad y esta debe ser remitida a la secretaria de salud municipal).

SI ☒ NO ☐

Acepta el uso de esta información en el sistema RLCPD.

SI ☒ NO ☐



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido					
TERESA	LORENA	BRAVO	RODRIGUEZ					
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia							
CÓRDOBA	MONTERÍA							
1.7 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:		1136909389						

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
SOLUCIONES EN SALUD IPS	Año	Mes	Día
	2024	11	7
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	900518561		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	75.00
Movilidad	20.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	80.00
Actividades de la Vida Diaria	62.50
Participación	59.38

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b163.3 b164.3 b189.3
2. Codigos Estructuras Corporales
3. Codigos Actividades y Participación
d510.2 d570.3



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
OLGA LUCIA OTERO BENITEZ	Psicología	CC-1067861801
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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

Alcaldía de
MONTERÍA

Secretaria de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO									
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD									
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaria de Salud Municipal	
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024					FECHA DE EXPEDICIÓN: 01/10/2024				
NOMBRES		YEFER ANDRES AYALA HERRAN				RC No.		1068445478	
DIRECCIÓN		DIAG 2 # 13-2 GALILEA					Tel/CEL: 3046534281		
E-MAIL:									
ACOMPañANTE:			ROSA ALVAREZ						
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS			Cód. Autorización: 1074941				
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI					Tel/Cel: 310 498 4916		
CONSULTA		Institucional:		X		Domicilio:		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com	
APOYO Y AJUSTES		Movilidad:				Comunicación:		Personas de apoyo:	
RECURSOS		MINISTERIO DE SALUD				PROPIOS		X EMPRESA PRIVADA	
Firma: <i>Kenny Muñoz C</i> Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA									

EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

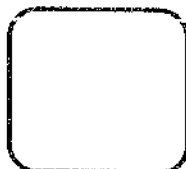
Yo, Yolledis Herrera Dorra, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 1067860951, domiciliado/a en Monte, ca, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que, para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de Yefer Andres Ayala Herrera con #068445478 (Paciente)
5. Me informó que los resultados de la aplicación de estas preguntas le permitirán a la IPS CERTIFICAR el tipo y grado de discapacidad múltiple.
6. Igualmente, me informó que para garantizar que los resultados del Instrumento de Valoración se adecuen a la realidad es preciso responder a todas las preguntas verazmente, por lo cual, me permito indicar que las afirmaciones que realice se entenderán realizadas bajo la gravedad de juramento.

He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración descrito en este documento

Nombre del Usuario: Yefer Andres Ayala Herrera
C.C.: 10.684.454.78
Firma: _____
Fecha: 07-11-2024

Huella:



EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Este consentimiento informado para la valoración de personas con discapacidad mental-psicosocial, intelectual o múltiple fue firmado ante los profesionales de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Psicólogo - Psiquiatra

Nombre del profesional: Antonio Morales Diaz
C.C.: 78573045
Firma: [Firma]
Fecha: 07-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Olaya Lucia Oleo Benitez
C.C.: 1067861801
Firma: [Firma]
Fecha: 07-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Maria Manzanilla Jimenez
C.C.: 50924905
Firma: [Firma]
Fecha: 7-11-2024

Huella: 



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

61740872

NUIP 1068445478

Datos de la oficina de registro - Oficina de registro

Registraduría ☐	Notaría ☒	Número ☐	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	H	Z	Q
--	---	---------------------------------	------------------------------------	--	--	--------	---	---	---

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - CORDOBA - MONTERIA NOTARIA 1 MONTERIA * * * * *

Nombre del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
AYALA * * * * *	HERDAN * * * * *

Nombre (s)

YEFER ANDRES * * * * *

Fecha de nacimiento

Año	2	0	2	1	Mes	M	A	R	Día	2	3
-----	---	---	---	---	-----	---	---	---	-----	---	---

Sexo (en letras)

MASCULINO

Grupo sanguíneo

O

Factor RH

POSITIVO

Nombre de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía)

COLOMBIA - CORDOBA - MONTERIA * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *

Número certificado de nacido vivo

165238042 * * * * *

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, según el pregonero que indiquen los declarantes para el primer apellido del niño)

Apellidos y nombres completos

HERDAN DORTA MELISSA * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 1067952704 * * * * *

Nacionalidad

COLOMBIA * * * * *

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, según el pregonero que indiquen los declarantes para el segundo apellido del niño)

Apellidos y nombres completos

AYALA BERNIA FERNER * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 1007636854 * * * * *

Nacionalidad

COLOMBIA * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

AYALA BERNIA FERNER * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 1007636854 * * * * *

Firma

J. Ferner Ayala

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	2	1	Mes	A	B	R	Día	2	8
-----	---	---	---	---	-----	---	---	---	-----	---	---

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JOSE FABIO CIFUENTES LEON

Nombre y firma

JOSE FABIO CIFUENTES LEON

Reconocimiento potestativo

J. Ferner Ayala

Firma

JOSE FABIO CIFUENTES LEON

Nombre y firma

JOSE FABIO CIFUENTES LEON

ESPACIO PARA NOTAS

000000102:28/04/2021

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Anexo de consentimiento informado.

Formato de entrega y aceptación de la Valoración RLCPD

La Valoración genera Certificado de Discapacidad

SI ☒ NO ☐

Acepta la información de la valoración (puede solicitar una segunda opinión en cualquier momento mediante escrito que señale las razones de inconformidad y esta debe ser remitida a la secretaria de salud municipal).

SI ☒ NO ☐

Acepta el uso de esta información en el sistema RLCPD.

SI ☒ NO ☐

Calle 27 # 11 – 74 Barrio Chuchurubí Centro
Teléfono: 3104984916
Montería - Córdoba



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido					
YEFER	ANDRES	AYALA	HERRAN					
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia							
CÓRDOBA	MONTERÍA							
1.7 Documento de Identidad								
Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	☒	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:		1068445478						

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
SOLUCIONES EN SALUD IPS	Año	Mes	Día
	2024	11	7
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	900518561		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b163.3 b164.3 b770.3
2. Codigos Estructuras Corporales
s730.382 s750.383 s7502.383
3. Codigos Actividades y Participación
d310.3 d330.3 d455.3



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

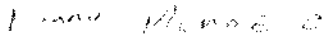
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
OLGA LUCIA OTERO BENITEZ	Psicología	CC-1067861801
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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

Alcaldía de
MONTERÍA
Secretaría de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO									
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD									
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaria de Salud Municipal	
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024						FECHA DE EXPEDICIÓN: 31/10/2024			
NOMBRES		DILIA ROSA CORDOBA GONZALEZ				CC No.		1007792711	
DIRECCIÓN		B/ EL ALIVIO					Tel/CEL: 3126351734		
E-MAIL:									
ACOMPAÑANTE:			MARINO CORDOBA						
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 1082823			
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI					Tel/Cel: 310 498 4916		
CONSULTA		Institucional:		☒		Domicilio:		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com	
APOYO Y AJUSTES		Movilidad:		☐		Comunicación:		Personas de apoyo:	
RECURSOS		MINISTERIO DE SALUD		☐		PROPIOS		☒ EMPRESA PRIVADA	
Firma:  Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA									

EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Yo, Melina Carolina A/Soraz, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 73747572, domiciliado/a en Montecristi, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que, para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de Dilcia Daza Cordeba González con #107-72711 (Paciente)
5. Me informó que los resultados de la aplicación de estas preguntas le permitirán a la IPS CERTIFICAR el tipo y grado de discapacidad Múltiple.
6. Igualmente, me informó que para garantizar que los resultados del Instrumento de Valoración se adecuen a la realidad es preciso responder a todas las preguntas verazmente, por lo cual, me permito indicar que las afirmaciones que realice se entenderán realizadas bajo la gravedad de juramento.

He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración descrito en este documento

Nombre del Usuario: Dilcia Daza Cordeba González
C.C.: #1070934791271
Firma: Dilcia Daza Cordeba González
Fecha: 07-11-2024

Huella:



EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
	Proceso: Consulta externa	VERSIÓN: 01
		FECHA: 01-22-2023

Este consentimiento informado para la valoración de personas con discapacidad mental-psicosocial, intelectual o múltiple fue firmado ante los profesionales de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Equipo Multidisciplinario de Psicólogo-Fisioterapeuta

Nombre del profesional: Antonio Morales Díaz
C.C.: 70.518.045
Firma: [Firma]
Fecha: 07-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Olaya Lucia Ochoa Bertrán
C.C.: 1.062.861.801
Firma: [Firma]
Fecha: 07-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Maria Mercedes Lengua H
C.C.: 50927905
Firma: [Firma]
Fecha: 7-11-2024

Huella:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.007.792.711

CORDOBA GONZALEZ

APELLIDOS

DILIA ROSA

NOMBRES

Dilia Rosa Cordoba
Firma



IMPORTE DERECHO

FECHA DE EMISION 02-JUL-1997
TIERRALTA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 O+

F

ESTATURA 1.61 M SEXO

23-SEP-2015 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EMISION 02-JUL-1997
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARCE SANCHEZ



P-1320100-00756509-F-1007752711-20151020

004722092BA 1

44843044

Anexo de consentimiento informado.

Formato de entrega y aceptación de la Valoración RLCPD

La Valoración genera Certificado de Discapacidad

SI ☒ NO ☐

Acepta la información de la valoración (puede solicitar una segunda opinión en cualquier momento mediante escrito que señale las razones de inconformidad y esta debe ser remitida a la secretaria de salud municipal).

SI ☒ NO ☐

Acepta el uso de esta información en el sistema RLCPD.

SI ☒ NO ☐

Calle 27 # 11 – 74 Barrio Chuchurubí Centro
Teléfono: 3104984916
Montería - Córdoba



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido					
DILIA	ROSA	CORDOBA	GONZALEZ					
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia							
CÓRDOBA	MONTERÍA							
1.7 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:		1007792711						

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
SOLUCIONES EN SALUD IPS	Año	Mes	Día
	2024	11	7
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	900518561		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	50.00
Movilidad	80.00
Cuidado Personal	81.25
Relaciones	80.00
Actividades de la Vida Diaria	100.00
Participación	71.88

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b6202.3 b730.3 b7306.3

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación
d161.2 d598.4 d879.3

Alcaldía de
MONTERÍA

Secretaría de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO									
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD									
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaria de Salud Municipal	
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024					FECHA DE EXPEDICIÓN: 22/10/2024				
NOMBRES		RAFAEL ANTONIO GALINDO RODRIGUEZ				CC No.		78704105	
DIRECCIÓN								Tel/CEL: 3136686869	
E-MAIL:									
ACOMPañANTE:									
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS			Cód. Autorización: 874922				
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI					Tel/Cel: 310 498 4916		
CONSULTA		Institucional:		☒		Domicilio:		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com	
APOYO Y AJUSTES		Movilidad:				Comunicación:		Personas de apoyo:	
RECURSOS		MINISTERIO DE SALUD				PROPIOS		☒ EMPRESA PRIVADA	
Firma: <i>Kenny Muñoz C</i> Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA									

SOLUCIONES EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSION: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Yo, Rafael Antonio Caballero Pedraza mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 78.704.103, domiciliado/a en Medellin, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

- 1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
- 2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
- 3. Que, para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
- 4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de Rafael Antonio Caballero Pedraza con #78-704.103 (Paciente)
- 5. Me informó que los resultados de la aplicación de estas preguntas le permitirán a la IPS CERTIFICAR el tipo y grado de discapacidad física.
- 6. Igualmente, me informó que para garantizar que los resultados del Instrumento de Valoración se adecuen a la realidad es preciso responder a todas las preguntas verazmente, por lo cual, me permito indicar que las afirmaciones que realice se entenderán realizadas bajo la gravedad de juramento.

He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración descrito en este documento

Nombre del Usuario: Rafael Antonio Caballero Pedraza
C.C.: 78.704.103
Firma: _____
Fecha: 08-11-2024

Huella:



SOLUCIONES EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Este consentimiento informado para la valoración de personas con discapacidad mental-psicosocial, intelectual o múltiple fue firmado ante los profesionales de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Equipo Interdisciplinario de Psicología - Neuropsiquiatría.

Nombre del profesional: Antonio Morales Diaz
C.C.: 70513845
Firma: [Firma]
Fecha: 08-11-2024



Huella:

Nombre del profesional: Silvana Cardenalto Darios
C.C.: 1067956858
Firma: [Firma]
Fecha: 08-11-2024



Huella:

Nombre del profesional: María Alejandra Jorgosa H
C.C.: 50924905
Firma: [Firma]
Fecha: 8-11-2024



Huella:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
78.704.105

NUMERO

GALINDO RODRIGUEZ

APELLIDOS

RAFAEL ANTONIO

NOMBRES

Rafael Galindo

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-OCT-1970
MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

27-DIC-1988 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALFONSO RODRIGUEZ

INDICE DERECHO



A-1300400-38124851-44-0078704105-20050411 0546405098A 02 151347744

3136686889

Anexo de consentimiento informado.

Formato de entrega y aceptación de la Valoración RLCPD

La Valoración genera Certificado de Discapacidad

SI ☒ NO ☐

Acepta la información de la valoración (puede solicitar una segunda opinión en cualquier momento mediante escrito que señale las razones de inconformidad y esta debe ser remitida a la secretaria de salud municipal).

SI ☒ NO ☐

Acepta el uso de esta información en el sistema RLCPD.

SI ☒ NO ☐



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre		1.2 Segundo nombre		1.3 Primer apellido		1.4 Segundo apellido	
RAFAEL		ANTONIO		GALINDO		RODRIGUEZ	
1.5 Departamento de Residencia				1.6 Municipio de Residencia			
CÓRDOBA				MONTERÍA			
1.7 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: 78704105

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
SOLUCIONES EN SALUD IPS	Año	Mes	Día
	2024	11	8
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	900518561		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	0.00
Movilidad	65.00
Cuidado Personal	37.50
Relaciones	10.00
Actividades de la Vida Diaria	62.50
Participación	59.38

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b760.2 b7603.2 b770.3
2. Codigos Estructuras Corporales
s760.388 s7600.382
3. Codigos Actividades y Participación
d4602.3 d598.2 d879.2



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

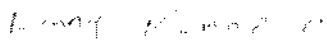
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARABALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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

Alcaldía de
MONTERÍA
Secretaría de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO											
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD											
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaria de Salud Municipal			
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024					FECHA DE EXPEDICIÓN: 22/10/2024						
NOMBRES		OLGA ROSA RODRIGUEZ GUERRERO				CC No.		50924196			
DIRECCIÓN		TRANS 19 # 11-13 EDMUNDO LOPEZ				Tel/CEL: 3122372261- 3217485138					
E-MAIL:											
ACOMPañANTE:			LUZ HERNANDEZ								
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 909645					
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI				Tel/Cel: 310 498 4916					
CONSULTA		Institucional:		☒		Domicilio:		☐		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com	
APOYO Y AJUSTES		Movilidad:		☐		Comunicación:		☐		Personas de apoyo:	
RECURSOS		MINISTERIO DE SALUD		☐		PROPIOS		☒		EMPRESA PRIVADA	
Firma:  Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERÍA											

SOLUCIONES EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Yo, Olga Rosa Lopez Argueta, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 50924196, domiciliado/a en Manizales, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

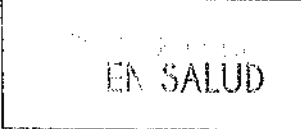
1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que, para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de Olga Rodríguez Guerrero con #50.924.196 (Paciente)
5. Me informó que los resultados de la aplicación de estas preguntas le permitirán a la IPS CERTIFICAR el tipo y grado de discapacidad auditiva .
6. Igualmente, me informó que para garantizar que los resultados del Instrumento de Valoración se adecuen a la realidad es preciso responder a todas las preguntas verazmente, por lo cual, me permito indicar que las afirmaciones que realice se entenderán realizadas bajo la gravedad de juramento.

He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración descrito en este documento

Nombre del Usuario: Olga Rosa Rodríguez Guerrero
C.C.: 50.924.196
Firma: _____
Fecha: 08-11-2024

Huella:



	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
	Proceso: Consulta externa	VERSIÓN: 01
	FECHA: 01-22-2023	

Este consentimiento informado para la valoración de personas con discapacidad mental-psicosocial, intelectual o múltiple fue firmado ante los profesionales Equipo multidisciplinario de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Medico-psicologo- Psiquiatra.

Nombre del profesional: Antonio Claudio Diaz
 C.C.: 90513045
 Firma: [Firma]
 Fecha: 08-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Silvana Caraballo Pantoja
 C.C.: 1067450458
 Firma: [Firma]
 Fecha: 08-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Maria Margarita Jengra H
 C.C.: 50924905
 Firma: [Firma]
 Fecha: 8-11-2024

Huella: 

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 50.924.196

RODRIGUEZ GUERRERO

APELLIDOS

OLGA ROSA

NOMBRES

OLGA ROSA GUERRERO

FIRMA



[Handwritten signature]



INDICE DE DEDO

FECHA DE NACIMIENTO 20-JUN-1958

MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

17-JUN-1997 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Handwritten signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL GARCIA TORRES



A-1300100 00146850-F-0050924196-20090116

0000498059A 1

7470014848

Anexo de consentimiento informado.

Formato de entrega y aceptación de la Valoración RLCPD

La Valoración genera Certificado de Discapacidad

SI ☒ NO ☐

Acepta la información de la valoración (puede solicitar una segunda opinión en cualquier momento mediante escrito que señale las razones de inconformidad y esta debe ser remitida a la secretaria de salud municipal).

SI ☒ NO ☐

Acepta el uso de esta información en el sistema RLCPD.

SI ☒ NO ☐

Calle 27 # 11 – 74 Barrio Chuchurubí Centro
Teléfono: 3104984916
Montería - Córdoba



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
OLGA	ROSA	RODRIGUEZ	GUERRERO
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia		
CÓRDOBA	MONTERÍA		

1.7 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: 50924196

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
SOLUCIONES EN SALUD IPS	Año	Mes	Día
	2024	11	8
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	900518561		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	16.67
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	12.50
Relaciones	45.00
Actividades de la Vida Diaria	37.50
Participación	56.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b230.3 b2303.3 b2304.3

2. Codigos Estructuras Corporales
s250.381 s2500.381 s2508.381

3. Codigos Actividades y Participación
d570.3 d598.2 d879.2



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARABALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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

Alcaldía de
MONTERÍA
Secretaría de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO									
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD									
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaria de Salud Municipal	
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024						FECHA DE EXPEDICIÓN: 23/10/2024			
NOMBRES		WILLIAN CARMELO TOVAR JIMENEZ				CC No.		6876323	
DIRECCIÓN		GALILEA TRANSV 3 # 1A-23 B/ GALILEA,						Tel/CEL: 3107447781	
E-MAIL:									
ACOMPañANTE:			MIRIAN DEL TORO						
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 921451			
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI						Tel/Cel: 310 498 4916	
CONSULTA		Institucional:		☒		Domicilio:		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com	
APOYO Y AJUSTES		Movilidad:				Comunicación:		Personas de apoyo:	
RECURSOS		MINISTERIO DE SALUD				PROPIOS		☒ EMPRESA PRIVADA	
Firma: <i>Kenny Muñoz-C</i> Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA									

SOLUCIONES EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Yo, William G Tovar Jimenez, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 6.876.323, domiciliado/a en Moravia, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

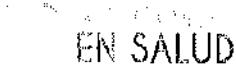
1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que, para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de William Tovar Jimenez con #6.876.323 (Paciente)
5. Me informó que los resultados de la aplicación de estas preguntas le permitirán a la IPS CERTIFICAR el tipo y grado de discapacidad Auditivo
6. Igualmente, me informó que para garantizar que los resultados del Instrumento de Valoración se adecuen a la realidad es preciso responder a todas las preguntas verazmente, por lo cual, me permito indicar que las afirmaciones que realice se entenderán realizadas bajo la gravedad de juramento.

He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración descrito en este documento

Nombre del Usuario: William Camilo Tovar Jimenez
C.C.: 6.876.323
Firma: _____
Fecha: 08-11-2024

Huella:



	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
	Proceso: Consulta externa	VERSION: 01
		FECHA: 01-22-2023

Este consentimiento informado para la valoración de personas con discapacidad mental-psicosocial, intelectual o múltiple fue firmado ante los profesionales Enfermera Manuscipina de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Medico - psicologo - fisioterapeuta.

Nombre del profesional: Antonia Rivas Diaz
C.C.: 70513049
Firma: [Firma]
Fecha: 08-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Silvana Caraballo Dimes
C.C.: 1069956458
Firma: [Firma]
Fecha: 08-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Maria Mercedes Jorga H
C.C.: 60429905
Firma: [Firma]
Fecha: 8-11-2024

Huella:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO

6.876.323

TOVAR JIMENEZ

APellidos

WILLIAM CARMELO

NOMBRES

William Tovar

FOTIA



IMPRESION DEDAL

FECHA DE NACIMIENTO
MONTERIA
(CORDOBA)

16-JUL-1953

ESTADURA

1.65

O+

M

FECHA Y LUGAR DE EXPIRACION
28-MAR-1977 MONTERIA

SEXO

FECHA Y LUGAR DE EXPIRACION

REGISTRACION NACIONAL
CORRESPONDENCIA



A:1300100-38149104-M-0006876323-20060707

02210 061848 02 176800 LES

Anexo de consentimiento informado.

Formato de entrega y aceptación de la Valoración RLCPD

La Valoración genera Certificado de Discapacidad

SI ☒ NO ☐

Acepta la información de la valoración (puede solicitar una segunda opinión en cualquier momento mediante escrito que señale las razones de inconformidad y esta debe ser remitida a la secretaria de salud municipal).

SI ☒ NC ☐

Acepta el uso de esta información en el sistema RLCPD.

SI ☒ NC ☐

Calle 27 # 11 – 74 Barrio Chuchurubí Centro
Teléfono: 3104984916
Montería - Córdoba



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido					
WILLIAM	CARMELO	TOVAR	JIMENEZ					
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia							
CÓRDOBA	MONTERÍA							
1.7 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:		6876323						

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
SOLUCIONES EN SALUD IPS	Año	Mes	Día
	2024	11	8
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	900518561		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

	SI	NO	X		Puntaje
Física	SI	NO	X	Dominio	
Visual	SI	NO	X	Cognición	0.00
Auditiva	SI	X	NO	Movilidad	0.00
Intelectual	SI	NO	X	Cuidado Personal	12.50
Psicosocial (Mental)	SI	NO	X	Relaciones	65.00
Sordoceguera	SI	NO	X	Actividades de la Vida Diaria	50.00
Múltiple	SI	NO	X	Participación	59.38

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b230.3 b2301.3 b2304.3

2. Codigos Estructuras Corporales
s260.383

3. Codigos Actividades y Participación
d598.2 d7500.3 d879.3



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

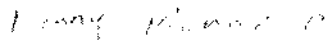
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARABALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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

Alcaldía de
MONTERÍA
Secretaría de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO									
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD									
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaria de Salud Municipal	
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024						FECHA DE EXPEDICIÓN: 01/11/2024			
NOMBRES		ALVARO MANUEL RUIZ AMADOR				CC No.		1067919761	
DIRECCIÓN		MZ 127 LT 15 B CANTA CLARO SECTOR LA ISLA						Tel/CEL: 3135349451	
E-MAIL:									
ACOMPañANTE:			ASTRID AMADOR						
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 696891			
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI						Tel/Cel: 310 498 4916	
CONSULTA		Institucional:		☒		Domicilio:		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com	
APOYO Y AJUSTES		Movilidad:		☐		Comunicación:		Personas de apoyo:	
RECURSOS		MINISTERIO DE SALUD		☐		PROPIOS		☒ EMPRESA PRIVADA	
Firma:  Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA									

SOLUCIONES EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Yo, PSYCH. AMARILLO, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 50978067, domiciliado/a en Montería, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que, para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de Amir Manuel Díaz Amador con 1067.919.761 (Paciente)
5. Me informó que los resultados de la aplicación de estas preguntas le permitirán a la IPS CERTIFICAR el tipo y grado de discapacidad Múltiple.
6. Igualmente, me informó que para garantizar que los resultados del Instrumento de Valoración se adecuen a la realidad es preciso responder a todas las preguntas verazmente, por lo cual, me permito indicar que las afirmaciones que realice se entenderán realizadas bajo la gravedad de juramento.

He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración descrito en este documento

Nombre del Usuario: Amir Manuel Díaz Amador
C.C.: 1067.919.761
Firma: _____
Fecha: 09-11-2024

Huella:



EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
	Proceso: Consulta externa	VERSIÓN: 01
		FECHA: 01-22-2023

Este consentimiento informado para la valoración de personas con discapacidad mental-psicosocial, intelectual o múltiple fue firmado ante los profesionales Equipo Mirnel septiano de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Psicólogo - Psicólogo - fisio-terapeuta.

Nombre del profesional: Primeria Florida Diaz
C.C.: 70 513 045
Firma: [Firma]
Fecha: 08-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Silvana Canaballo Domínguez
C.C.: 1067956458
Firma: [Firma]
Fecha: 08-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: María Margarita Jenguez H
C.C.: 50 907 905
Firma: [Firma]
Fecha: 8-11-2024

Huella: 

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.067.919.761
RUIZ AMADOR

APELLIDOS
ALVARO MANUEL

NOMBRES

ALVARO

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-FEB-1993

MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

ESTATURA

A+

G.S. IIIH

M

SEXO

16-MAR-2011 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANSEL FANCLECTORAE S



P-1300100-00292157-M-1067919761-20110413

0026606933A 1

36428729

Anexo de consentimiento informado.

Formato de entrega y aceptación de la Valoración RLCPD

La Valoración genera Certificado de Discapacidad

SI ☒ NO ☐

Acepta la información de la valoración (puede solicitar una segunda opinión en cualquier momento mediante escrito que señale las razones de inconformidad y esta debe ser remitida a la secretaria de salud municipal).

SI ☒ NO ☐

Acepta el uso de esta información en el sistema RLCPD.

SI ☒ NO ☐

Calle 27 # 11 – 74 Barrio Chuchurubí Centro
Teléfono: 3104984916
Montería - Córdoba



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido					
ALVARO	MANUEL	RUIZ	AMADOR					
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia							
CÓRDOBA	MONTERÍA							
1.7 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:		1067919761						

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
SOLUCIONES EN SALUD IPS	Año	Mes	Día
	2024	11	8
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	900518561		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	75.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	62.50
Relaciones	80.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	65.63

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b117.3 b163.3 b193.3
2. Codigos Estructuras Corporales
3. Codigos Actividades y Participación
d161.3 d598.4 d879.3



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARABALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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

Alcaldía de
MONTERÍA
Secretaría de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO									
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD									
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaria de Salud Municipal	
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024					FECHA DE EXPEDICIÓN: 23/10/2024				
NOMBRES		TATIANA PAOLA MARTINEZ DIAZ				CC No.		1062960015	
DIRECCIÓN		EL CEIBAL				Tel/CEL: 3233178082- 3135642358			
E-MAIL:									
ACOMPANANTE:			MILADIS CAUSIL						
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 730740			
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI					Tel/Cel: 310 498 4916		
CONSULTA		Institucional:		☒		Domicilio:		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com	
APOYO Y AJUSTES		Movilidad:				Comunicación:		Personas de apoyo:	
RECURSOS		MINISTERIO DE SALUD				PROPIOS		☒ EMPRESA PRIVADA	
Firma:  Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA									

EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Yo, Yanelys Paola Diaz Paez, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 1.106.384.5693, domiciliado/a en Montería, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que, para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de Yanelys Paola Martinez Diaz con 1.062.960.015 (Paciente)
5. Me informó que los resultados de la aplicación de estas preguntas le permitirán a la IPS CERTIFICAR el tipo y grado de discapacidad Múltiple
6. Igualmente, me informó que para garantizar que los resultados del Instrumento de Valoración se adecuen a la realidad es preciso responder a todas las preguntas verazmente, por lo cual, me permito indicar que las afirmaciones que realice se entenderán realizadas bajo la gravedad de juramento.

He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración descrito en este documento

Nombre del Usuario: Yanelys Paola Martinez Diaz
C.C.: 1.062.960.015
Firma: _____
Fecha: 08-11-2024

Huella:



EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Este consentimiento informado para la valoración de personas con discapacidad mental-psicosocial, intelectual o múltiple fue firmado ante los profesionales Equipo Multidisciplinario de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Medico - psicólogo - fisioterapeuta.

Nombre del profesional: Antonio E. Longley Daza
C.C.: 70513045
Firma: [Firma]
Fecha: 08-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Silviana Cumballe Darias
C.C.: 1067950458
Firma: [Firma]
Fecha:

Huella: 

Nombre del profesional: María Mercedes Jarama H
C.C.: 80907905
Firma: [Firma]
Fecha: 8-11-2024

Huella: 

14259

38. 1.002.960.015

MARTINEZ DIAZ

TATIANA PACHA

COL 1 56 F

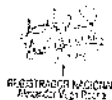
12 FEB 2006 014

MONTERIA (CORROSA)

00 SEPT 2023, HONFERIA

07 SEPT 2012

030794237



ICCOL030791239813001<<<<<<<<<
0502124F3309070COL1062960015<9
MARTINEZ<DIAZ<<TATIANA<PAOLA<<

Anexo de consentimiento informado.

Formato de entrega y aceptación de la Valoración RLCPD

La Valoración genera Certificado de Discapacidad

SI ☒ NO ☐

Acepta la información de la valoración (puede solicitar una segunda opinión en cualquier momento mediante escrito que señale las razones de inconformidad y esta debe ser remitida a la secretaria de salud municipal).

SI ☒ NO ☐

Acepta el uso de esta información en el sistema RLCPD.

SI ☒ NO ☐

Calle 27 # 11 – 74 Barrio Chuchurubí Centro
Teléfono: 3104984916
Montería - Córdoba



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
TATIANA	PAOLA	MARTINEZ	DIAZ
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia		
CÓRDOBA	MONTERÍA		

1.7 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: 1062960015

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
SOLUCIONES EN SALUD IPS	Año	Mes	Día
	2024	11	8
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	900518561		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	70.83
Movilidad	90.00
Cuidado Personal	68.75
Relaciones	55.00
Actividades de la Vida Diaria	62.50
Participación	56.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b735.3 b7601.3 b770.4
2. Codigos Estructuras Corporales
s730.373 s750.373 s7502.363
3. Codigos Actividades y Participación
d161.3 d598.4 d879.2



f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARABALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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

Alcaldía de
MONTERÍA
Secretaría de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO									
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD									
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaría de Salud Municipal	
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024					FECHA DE EXPEDICIÓN: 27/10/2024				
NOMBRES		GABRIEL LUCIO RAMOS CERPA				CC No.		6875224	
DIRECCIÓN		CRA 36 N 47 -22 MZ A CASA 18 BARRIO SANTA ELENA					Tel/CEL: 3215916310		
E-MAIL:									
ACOMPañANTE:			JUAN CARLOS RAMOS PEÑATA						
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 867092			
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI					Tel/Cel: 310 498 4916		
CONSULTA		Institucional:		☒	Domicilio:		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com		
APOYO Y AJUSTES		Movilidad:		☐	Comunicación:		Personas de apoyo:		☐
RECURSOS		MINISTERIO DE SALUD		☐	PROPIOS		☒	EMPRESA PRIVADA	
Firma:  Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA									

EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Yo, Gabriel Pardo, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 6875224, domiciliado/a en Montería, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que, para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de Gabriel Pardo Cerpa con 6875224 (Paciente)
5. Me informó que los resultados de la aplicación de estas preguntas le permitirán a la IPS CERTIFICAR el tipo y grado de discapacidad física.
6. Igualmente, me informó que para garantizar que los resultados del Instrumento de Valoración se adecuen a la realidad es preciso responder a todas las preguntas verazmente, por lo cual, me permito indicar que las afirmaciones que realice se entenderán realizadas bajo la gravedad de juramento.

He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración descrito en este documento

Nombre del Usuario: Gabriel Cerpa Pardo
C.C.: 6875224
Firma: _____
Fecha: 08-11-2024

Huella:



EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Este consentimiento informado para la valoración de personas con discapacidad mental-psicosocial, intelectual o múltiple fue firmado ante los profesionales Equipo Interdisciplinario de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Medico - psicologo - fisioanalista.

Nombre del profesional: Primo Helder Diaz
C.C.: 70513045
Firma: [Firma]
Fecha: 08-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Silvana Caraballo Dumas
C.C.: 1067786450
Firma: [Firma]
Fecha: 08-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Maria Margarita Jengia H
C.C.: 509271905
Firma: [Firma]
Fecha: 8-11-2024

Huella: 

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 6875224

RAMOS CERPA
APELLIDOS

GABRIEL LUCIO
NOMBRES

Gabriel L Ramos Cerpa

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-DIC-1953

PLANETA RICA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

28-MAR-1977 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
Y EN JUQUE ESCOLAR



A-1300100-88107194-M-0006875234-20021029

0103002302A 01 126790074

Tracer Familia Mediana

Anexo de consentimiento informado.

Formato de entrega y aceptación de la Valoración RLCPD

La Valoración genera Certificado de Discapacidad

SI ☒ NO ☐

Acepta la información de la valoración (puede solicitar una segunda opinión en cualquier momento mediante escrito que señale las razones de inconformidad y esta debe ser remitida a la secretaria de salud municipal).

SI ☒ NO ☐

Acepta el uso de esta información en el sistema RLCPD.

SI ☒ NO ☐



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

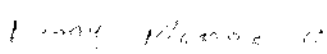
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARABALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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

Alcaldía de
MONTERÍA
Secretaría de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO									
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD									
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaria de Salud Municipal	
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024					FECHA DE EXPEDICIÓN: 24/10/2024				
NOMBRES		DINA LUZ GAVIRIA CAÑAVERA				CC No.		1067879166	
DIRECCIÓN		la esperanza cll 43#297				Tel/CEL:		3218153782-3222115919	
E-MAIL:									
ACOMPANIANTE:									
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS			Cód. Autorización: 934105				
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI				Tel/Cel: 310 498 4916			
CONSULTA		Institucional:		☒	Domicilio:		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com		
APOYO Y AJUSTES		Movilidad:			Comunicación:		Personas de apoyo:		
RECURSOS		MINISTERIO DE SALUD			PROPIOS		☒	EMPRESA PRIVADA	
Firma:  Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA									

EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Yo, Diana Carolina Camacho Vargas, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 34.995.513, domiciliado/a en Montería, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de Dona Luz Graciela Camacho con 1.067.879.166 (Paciente)
5. Me informó que los resultados de la aplicación de estas preguntas le permitirán a la IPS CERTIFICAR el tipo intelectual y grado de discapacidad
6. Igualmente, me informó que para garantizar que los resultados del Instrumento de Valoración se adecuen a la realidad es preciso responder a todas las preguntas verazmente, por lo cual, me permito indicar que las afirmaciones que realice se entenderán realizadas bajo la gravedad de juramento.

He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración descrito en este documento

Nombre del Usuario: Diana Luz Graciela Camacho
 C.C.: 1.067.879.166
 Firma: _____
 Fecha: 08-11-2024

Huella:



EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Este consentimiento informado para la valoración de personas con discapacidad mental-psicosocial, intelectual o múltiple fue firmado ante los profesionales Equipo Multidisciplinario de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Medico-psicologo- fisioterapeuta.

Nombre del profesional: Antonio Morales Dor
C.C.: 70513045
Firma: [Firma]
Fecha: 08-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Silvana Cardullo Dumas
C.C.: 10574360583
Firma: [Firma]
Fecha: 08-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Maria Margarita Jorgensen
C.C.: 52927005
Firma: [Firma]
Fecha: 8-11-2024

Huella:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.057.970.185
GAVIRIA CANAVERA
APELLIDOS
DINA LUZ
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA

DE
A



FECHA DE NACIMIENTO 02-DIC-1985
MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53
ESTATURA

O+
GRUPO SANG

F
SEXO

16-OCT-2007 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

SECRETARIA DE INTERIORES
CAROLINA GOMEZ VALENZUELA



P-1300100-00150753 F-1057970185 D-02-12-85 501000000000 01/12/2007

Anexo de consentimiento informado.

Formato de entrega y aceptación de la Valoración RLCPD

La Valoración genera Certificado de Discapacidad

SI ☒ NO ☐

Acepta la información de la valoración (puede solicitar una segunda opinión en cualquier momento mediante escrito que señale las razones de inconformidad y esta debe ser remitida a la secretaria de salud municipal).

SI ☒ NO ☐

Acepta el uso de esta información en el sistema RLCPD.

SI ☒ NO ☐

Calle 27 # 11 – 74 Barrio Chuchurubí Centro
Teléfono: 3104984916
Montería - Córdoba



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido					
DINA	LUZ	GAVIRIA	CAÑAVERA					
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia							
CÓRDOBA	MONTERÍA							
1.7 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:		1067879166						

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
SOLUCIONES EN SALUD IPS	Año	Mes	Día
	2024	11	8
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	900518561		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	66.67
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	12.50
Relaciones	65.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	56.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b163.2 b164.2 b198.2

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación
d161.3 d598.2 d879.2



f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARAEALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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

Alcaldía de
MONTERÍA

Secretaría de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO									
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD									
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaria de Salud Municipal	
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024					FECHA DE EXPEDICIÓN: 27/10/2024				
NOMBRES		JANIER DUVAN ALMANZA MENDOZA				CC No.		1067949710	
DIRECCIÓN							Tel/CEL: 3013904803		
E-MAIL:									
ACOMPAÑANTE:									
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS			Cód. Autorización: 961924				
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI					Tel/Cel: 310 498 4916		
CONSULTA		Institucional:		☒	Domicilio:		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com		
APOYO Y AJUSTES		Movilidad:				Comunicación:		Personas de apoyo:	
RECURSOS		MINISTERIO DE SALUD				PROPIOS		☒	EMPRESA PRIVADA
Firma: <i>Kenny Muñoz-C</i> Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA									

IPS SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Yo, Luisa Fernanda Ochoa Almagro, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 1041257628, domiciliado/a en Montería, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que, para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de Janier Duvan Armonza Mendoza con C.C. 1067.944.710 (Paciente).
5. Me informó que los resultados de la aplicación de estas preguntas le permitirán a la IPS CERTIFICAR el tipo y grado de discapacidad Visual.
6. Igualmente, me informó que para garantizar que los resultados del Instrumento de Valoración se adecuen a la realidad es preciso responder a todas las preguntas verazmente, por lo cual, me permito indicar que las afirmaciones que realice se entenderán realizadas bajo la gravedad de juramento.

He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración descrito en este documento

Nombre del Usuario: Janier Duvan Armonza Mendoza
C.C.: 1067.944.710
Firma: _____
Fecha: 08-10-2024

Huella:

