

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 Medico, psicologo, fisioterapeuta.

Nombre del profesional: Antonio Florido Diaz
C.C.: 90513049
Firma: [Firma]
Fecha: 08-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Silvana Caraballo Pumas
C.C.: 1207956458
Firma: [Firma]
Fecha: 08-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Maria Margarita Jergosa H
C.C.: 88924905
Firma: [Firma]
Fecha: 8-11-2024

Huella:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

IDENTIFICACIÓN 1.067.949.710

ALMANZA MENDOZA

APellidos

JANIER DUVAN

Nombre

2014



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-NOV-1995

MONTERIA

(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.51

ESTATURA

O+

GRUPO SANG

M

SEXO

25-JUL-2014 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPIRACIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

JUAN CARLOS GONZALEZ



A-1200100-00548509 M-1067949710 20171023

0068204800A 3

7524582369

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					
JANIER	DUVAN	ALMANZA	MENDOZA					
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: 1067949710

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	43.75
Relaciones	10.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	59.38

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b210.4 b2100.4 b2102.4

2. Codigos Estructuras Corporales
s220.483 s2201.383 s2203.483

3. Codigos Actividades y Participación
d4501.3 d598.3 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: 23/10/2024				
NOMBRES		WISTON ENRIQUE CANABAL MERCADO				CC No.		6884770	
DIRECCIÓN		MZ 58 LT 12 B/ MOGAMBO					Tel/CEL: 3215156725		
E-MAIL:									
ACOMPañANTE:									
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS			Cód. Autorización: 6884770				
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, WISTON ENRIQUE CANABAL MERCADO mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 6884770, domiciliado/a en MONTESIA, 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 Wiston Canabal Mercado con #6.884 770 (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: Wiston Enrique Canabal Mercado
C.C.: 6.884.770
Firma: _____
Fecha: 08-11-2024

Huella:



EN SALUD	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSION: 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: Proceso Florale Diaz
C.C.: 90513645
Firma: [Firma]
Fecha: 08-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Silvana Caraballo Deiros
C.C.: 1067956058
Firma: [Firma]
Fecha: 08-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Maria Margarita Jarrya H
C.C.: 804230405
Firma: [Firma]
Fecha: 8-11-2024

Huella: 

MONTERIA 051 770
MONTERIA 051 770

MONTERIA 051 770
MONTERIA 051 770

MONTERIA 051 770

MONTERIA 051 770

MONTERIA 051 770



MONTERIA
COLOMBIA

26-NOV-1959

1.70

U+

W

22-001 1.70 MONTERIA

MONTERIA 051 770

MONTERIA 051 770
MONTERIA 051 770



MONTERIA 051 770

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					
WISTON	ENRIQUE	CANABAL	MERCADO					
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:		6884770						

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	12.50
Movilidad	50.00
Cuidado Personal	43.75
Relaciones	15.00
Actividades de la Vida Diaria	62.50
Participación	59.38

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b4400.2 b4402.2 b4408.2

2. Codigos Estructuras Corporales
s430.283 s4301.288 s4303.288

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



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

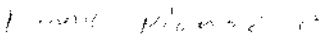
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARABALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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: 31/10/2024				
NOMBRES	CARMEN ELENA BERRIO GARCIA				CC No.	43511084			
DIRECCIÓN	Calle 52 # 12-30 edificio Fontenilla apto 701					Tel/CEL: 3052420287			
E-MAIL:									
ACOMPAÑANTE:			Paula Valderrama Berrio						
IPS:	SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 1364530				
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, Carmen Elena Bernal Garcia, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 43511084, domiciliado/a en Montevideo, 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 Carmen Elena Bernal Garcia con 43511084 (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: Carmen Elena Bernal Garcia
C.C.: 43 511 084
Firma: _____
Fecha: 08-11-2024

Huella:



E.S. 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 - fonoaudiologo.

Nombre del profesional: Antonio Morales Diaz
C.C.: 30 513 045
Firma: [Firma]
Fecha: 08-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Silvana Caraballo Deros
C.C.: 1067450438
Firma: [Firma]
Fecha: 08-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Maria Margarita Fenzar H
C.C.: 50927405
Firma: [Firma]
Fecha: 8-11-2024

Huella: 

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 43.511.084

BERRIO GARCIA

APELLIDOS

CARMEN ELENA

NOMBRES

Carmen Berrio Garcia

FIRMA



INDICE DE DEDUCHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-FEB-1967

PLANETA RICA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

07-JUN-1985 MEDELLIN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Arbal Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARBAL SANCHEZ TORRES



A-1302900-00253493 F 0043511084-20100903

0023728911A 1

7500498640

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
CARMEN	ELENA	BERRIO	GARCIA
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: 43511084

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	80.00
Cuidado Personal	56.25
Relaciones	15.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	62.50

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b730.3 b7603.3 b770.3
2. Codigos Estructuras Corporales
s750.383 s7501.383 s7502.283
3. Codigos Actividades y Participación
d4602.3 d570.3 d879.3



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

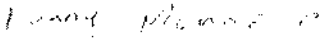
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARAEALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARIA MARGARITA LEVIGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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		HECTOR MANUEL ESPINOSA AVILEZ				CC No.		78688217	
DIRECCIÓN		MZ J BLOQUE 9 LO RECUERDOS					Tel/CEL: 3105131006		
E-MAIL:									
ACOMPañANTE:									
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS			Cód. Autorización: 800460				
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
	Proceso: Consulta externa	VERSIÓN: 01
		FECHA: 01-22-2023

Yo, EVA DOLIA MORGAN, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 30688025, 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 Hector Manuel Espinoza Nolas con 08.688.217 (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: Hector Manuel Espinoza Nolas
C.C.: 30.688.217
Firma: _____
Fecha: 08-11-2024

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 Psicodisceptano de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Psicología, Psiquiatría.

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

Huella: 

Nombre del profesional: Silvana Carballo Dur
C.C.: 1067456458
Firma: [Firma]
Fecha: 08-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: María Margarita Jarama H
C.C.: 50429405
Firma: [Firma]
Fecha: 8-11-2024

Huella: 

REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA
 NUMERO 78.688.217
 ESPINOSA AVILEZ
 APELLIDOS
 HECTOR MANUEL
 NOMBRES
 HECTOR ESPINOZA
 FIRMA



IMPORTE DERECHO
 FECHA DE NACIMIENTO 16-JUL-1960
 CIENAGA DE ORO
 (CORDOBA)
 LUGAR DE NACIMIENTO
 1.70 O+ M
 ESTATURA G.S. RH SEXO
 08-SEP-1983 MONTERIA
 FECHA Y LUGAR DE EMISION
 REGISTRO NACIONAL
 TALLERES DE LA PAZ S.A.




A: 001300-03158842-M-007888317-20070727 0124207208A 02 221314041

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					
HECTOR	MANUEL	ESPINOSA	AVILEZ					
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:		78688217						

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	40.00
Cuidado Personal	37.50
Relaciones	80.00
Actividades de la Vida Diaria	62.50
Participación	56.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b117.3 b134.3 b6202.3

2. Codigos Estructuras Corporales
s110.288 s6102.388

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



f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

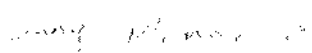
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARABALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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: 23/10/2024				
NOMBRES	THALIANA CORREA PADILLA				TI No.	1233040640			
DIRECCIÓN	CALLE 30 # 8 -03 W B/ CASITA NUEVA					Tel/CEL: 3233500008			
E-MAIL:									
ACOMPañANTE:			MARIA DE JESUS PADILLA GUILLEN						
IPS:	SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 1342738				
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									

08-11-2024

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

Yo, Maria Pardo, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 1193523721, domiciliado/a en Florencia, 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 Theliana Concepción Pardo con 1.233.040.640 (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: Theliana Concepción Pardo
C.C.: 1.233.040.640
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 Multi discapacidad de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Psicólogo - psico pedagogo - fisioterapeuta.

Nombre del profesional: Armando Mendoza Daza
C.C.: 90513045
Firma: [Firma]
Fecha: 08-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Silvana Caraballo Darios
C.C.: 1067950458
Firma: [Firma]
Fecha: 08-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Maria Monserrath Lopez H
C.C.: 85427405
Firma: [Firma]
Fecha: 8-11-2024

Huella:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.233.040.640
CORREA PADILLA

APELLIDOS
THALIANA
NOMBRES



NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-DIC-2016
MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
20-DIC-2034
FECHA DE VENCIMIENTO
12-ENE-2024 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O- F
G S RH SEXO

ÍNDICE DERECHO

RECISTRADOR NACIONAL
SERVICIO NACIONAL DE REGISTRO



P-1300159-0141279H-F-1233040640-2024-01-12 013021743A 1 0510590010

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
THALIANA		CORREA	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	X
		Cédula de ciudadanía	
		Cédula de extranjería	
		Pasaporte	
		Carnet diplomático	
		Permiso especial de permanencia	
Número de documento de identidad:		1233040640	

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	X	NO		Puntaje
Física	SI	X	NO	Dominio	
Visual	SI		NO	Cognición	70.83
Auditiva	SI		NO	Movilidad	90.00
Intelectual	SI	X	NO	Cuidado Personal	81.25
Psicosocial (Mental)	SI		NO	Relaciones	70.00
Sordoceguera	SI		NO	Actividades de la Vida Diaria	75.00
Múltiple	SI	X	NO	Participación	57.14

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b163.3 b164.3 b172 3

2. Codigos Estructuras Corporales
s730.383 s750.383 s760.388

3. Codigos Actividades y Participación
d310.2 d4501.4 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		JOSE INOCENCIO MOSCOSO VILLADIEGO				CC No.		11002813	
DIRECCIÓN		VIA TIERRALTA						Tel/CEL: 3145372815	
E-MAIL:									
ACOMPañANTE:			JHON MOSCOSO						
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 772654			
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, Kell Moscoso Villadiego, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía -7067885912, 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 Jose Innocencio Moscoso Villadiego con #11002213 (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: Jose Innocencio Moscoso Villadiego
C.C.: 11.002.213
Firma: _____
Fecha: 12-11-2024

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-71570-Rempuerto

Nombre del profesional: Antonio Morales Diaz
C.C.: 70.573.695
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Olaya Patricia Otero Benitez
C.C.: 1.009.861.861
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Maria Mamiela Lengua II
C.C.: 50904905
Firma: Maria Mamiela Lengua II
Fecha: 12-11-2024

Huella: 

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CELULA DE CIUDADANIA

NUMERO 11.002.813
MOSOSO VILLADIEGO

APELLIDOS
JOSE INOCENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

NO FIRMA
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-FEB-1977

MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA A+ G.S. RH M SEXO

29-AGO-1986 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CALLE 99 AV. 100 SUR 100 SUR



A-1300100-00159404-M 0011002813-20090616 0012553480A 2 9027940006

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
JOSE	INOCENCIO	MOSCOSO	VILLADIEGO
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:		11002813	

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	12
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	X	NO
Sordoceguera	SI		NO X
Múltiple	SI	X	NO

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	70.83
Movilidad	65.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	80.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	59.38

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

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

2. Codigos Estructuras Corporales
s730.381 s750.381

3. Codigos Actividades y Participación
d4602.3 d570.3 d879.3



f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

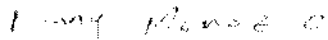
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
OLGA LUCIA OTERO BENITEZ	Psicología	CC-1067861801
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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.

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		JAIDER MANUEL MARTINEZ MARTINEZ				CC No.		1003403577	
DIRECCIÓN		BOCA DE LA CEIBA					Tel/CEL: 3001477574		
E-MAIL:									
ACOMPAÑANTE:									
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 1030949			
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

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 - Psicólogo - ASISTENTE SOCIAL.

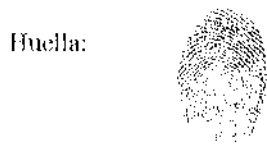
Nombre del profesional: Antonio Morales Diaz
C.C.: 40.513.045
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024



Nombre del profesional: Oka Lucia Ochoa Banté
C.C.: 1.069.861.801
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024



Nombre del profesional: Maria Margarita Jorgensen
C.C.: 50727905
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

IDENTIFICACIÓN 1.003.403.577
MARTINEZ MARTINEZ

SEXO M
JAIDER MANUEL

FECHA DE EXPEDICIÓN

Jaider Martinez
Firma



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-NOV-2002
MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.40

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

17-SEP-2021 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA TORRES



P-1300150-01270432-M-1003403577-20211202

0077043500A 1

9502941015

NO genero certificado de discapacidad.



SOLUCIONES
EN SALUD

NIT: 900518561-1
Código de prestador: 230010171902

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

Estado de aprobación del equipo multidisciplinario

Datos personales del solicitante

Fecha ultima actualización

2024-11-12 16:10

Entidad Valorador

SOLUCIONES EN SALUD IPS

Tipo de Documento

CC

Número de Documento

1003403577

Estado de la Valoración

Cerrado

Versión valoración

2

Nombre

MARTINEZ MARTINEZ JAIDER MANUEL



Esta valoración no genera certificado de discapacidad.

Equipo Multidisciplinario

Ap
Af

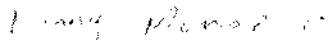
LENGUA HERNANDEZ MARIA MARGARITA

MORALES DIAZ ANTONIO JOSE

OTERO BENITEZ OLGA LUCIA

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		JOSE GREGORIO PAYARES BERRIO				CC No.		1067974162	
DIRECCIÓN		CALLE 35 6W 60 B/ JUAN XVIII						Tel/CEL:	
E-MAIL:									
ACOMPAÑANTE:			GLORIA BERRIO						
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 969723			
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	VERSION: 01
		FECHA: 01-22-2023

Yo, Gloria Ediel Berrio Petro, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 25.787.709, 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 José Gregorio Pajares Berrio con #1667974162 (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: José Gregorio Pajares Berrio
C.C.: 1.667.974.162
Firma: _____
Fecha: 12-11-2024

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 afiliado - psicólogo - fisioterapeuta.

Nombre del profesional: Antonio Morales Diaz
C.C.: 70.513.840
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Olga Lucia Ochoa Benito
C.C.: 1.067.861.801
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Maria Margarita Lengua H
C.C.: 50927905
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella: 

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.067.974.162

PAYARES BERRIO

APELLIDOS

JOSE GREGORIO

NOMBRES

JOSE P.
FIRMA



IMPORTE PAGO

FECHA DE NACIMIENTO 26-DIC-1992

ZULIA-MARACAIBO
VENEZUELA

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59

ESTATURA

O+

G. S. RH

M

SEXO

28-MAR-2019 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JOAN CARLOS GARCIA Y RIVERA



IP-1300100-0107591G-IA-1007974162 20180522

0055465798A 2

53036409

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					
JOSE	GREGORIO	PAYARES	BERRIO					
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:		1067974162						

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	12
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	75.00
Auditiva	SI	NO	X	Movilidad	0.00
Intelectual	SI	X	NO	Cuidado Personal	12.50
Psicosocial (Mental)	SI	NO	X	Relaciones	50.00
Sordoceguera	SI	NO	X	Actividades de la Vida Diaria	50.00
Múltiple	SI	NO	X	Participación	56.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b163.3 b164.3 b176.3

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación
d570.3 d598.2 d910.2



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

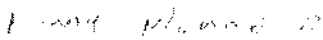
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
OLGA LUCIA OTERO BENITEZ	Psicología	CC-1067861801
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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: 31/10/2024			
NOMBRES		GUILLERMO LUIS ESPITIA CORREA				CC No.		6881711	
DIRECCIÓN		mz 14 lt 23					Tel/CEL: 3246810614		
E-MAIL:									
ACOMPañANTE:			JEFERSON						
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 970321			
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, Julian Isabel Ballester, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 34982664, domiciliado/a en Montecristo, 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 Guillermo Luis Espitia Conea con # 881711 (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: Guillermo Luis Espitia Conea
C.C.: 34982664
Firma: GUILLERMO ESPITA
Fecha: 12-11-2024

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 Medio-psicólogo-Fisio-terapia

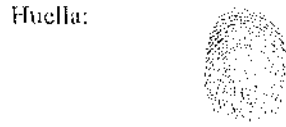
Nombre del profesional: Antonio Morales Diaz
C.C.: 70.573.945
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024



Nombre del profesional: Olga Julia Olea Berio
C.C.: 1.062.861.801
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024



Nombre del profesional: Maria Margarita Jorgua H
C.C.: 50927905
Firma: Maria Margarita Jorgua H
Fecha: 12-11-2024



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 6.881.711
ESPITIA CORREA

APELLIDOS
GUILLERMO LUIS

NOMBRES
GUILLERMO ESPITIA

FIAMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-AGO-1958
MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58
ESTATURA

B+
G.S. RH

M
SEXO

29-NOV-1978 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

IMPONE DERECHO

REGISTRACION NACIONAL
SALVO ARIEL ESPITIA CORREA



A-1300100-00135516-M 0006001711-20001210 0007830422A 1 748001362

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
GUILLERMO	LUIS	ESPITIA	CORREA
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:		6881711	

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	12
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	50.00
Relaciones	75.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	75.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b117.3 b163.3 b189.3

2. Codigos Estructuras Corporales
s110.384 s1100.383 s1102.383

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



f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

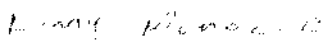
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
OLGA LUCIA OTERO BENITEZ	Psicología	CC-1067861801
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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.

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		HEBER EFRAIN NEGRETE VILLADIEGO				CC No.		2719700	
DIRECCIÓN								Tel/CEL: 3215600351- 3114044103	
E-MAIL:									
ACOMPAÑANTE:			ADRIANO MARTINEZ GUERRA						
IPS:	SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 970441				
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, Heber Efraín Negrete Villalobos, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 2.719.700, 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 Heber Efraín Negrete Villalobos con #2719700 (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: Heber Efraín Negrete Villalobos
 C.C.: 2.719.700
 Firma: Heber Efraín Negrete Villalobos
 Fecha: 10-11-2024

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 Atención psicosocial y terapéutica

Nombre del profesional: Antonio Morales Diaz
C.C.: 70.573.584.5
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella: [Huella]

Nombre del profesional: Olaya Lucía Otero Benítez
C.C.: 4.009.051.009
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella: [Huella]

Nombre del profesional: Mónica Margarita Jengosa H
C.C.: 30.927.025
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella: [Huella]

REPUBLICA DE COLOMBIA
SECRETARÍA NACIONAL
DE CIUDADANÍA

1.719.700
VILLADIEGO

HEBER EFRAIN

1967

Heber Efrain



INDICE GENERAL

FECHA DE NACIMIENTO 26-AGO-1967

SAN PELAYO
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75

ESTATURA

A+

G.S. RH

M

SEXO

20-OCT-1988 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CALLE 100 AL 600 602 Y 021



A-1300100-00235662-M-0002719700-20100421

00220208104

33515072

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					
HEBER	EFRAIN	NEGRETE	VILLADIEGO					
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:		2719700						

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	12
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	65.00
Cuidado Personal	37.50
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	56.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b730.3 b7301.3 b770.3

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

3. Codigos Actividades y Participación
d4154.3 d4602.3 dE79.2



f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

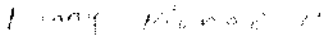
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
OLGA LUCIA OTERO BENITEZ	Psicología	CC-1067861801
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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 MULTIDISCIPLINARIO									
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD									
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaria de Salud Municipal	
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024						FECHA DE EXPEDICIÓN: 01/11/2024			
NOMBRES		ALBERTO MANUEL MIRANDA NEGRETE				CC No.		78697341	
DIRECCIÓN		manzana 53 lote 10 Barrio: Furatena					Tel/CEL: 3106674192		
E-MAIL:									
ACOMPañANTE:			Miriam Romero Guerra						
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 974772			
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, Quileidis Miranda Romero, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 1003407382, 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 Alberto y Daniel Miranda Negrete con #18697341 (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 Asolitivo
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 y Daniel Miranda Negrete
C.C.: #18697341
Firma: Alberto Miranda
Fecha: 12-11-2024

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 7151076, a p.e.o + e.

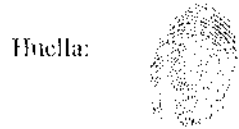
Nombre del profesional: Antonio Morales Diaz
C.C.: 10.513.895
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024



Nombre del profesional: Olga Lucia Cleo Barrios
C.C.: 1.002.786.180.1
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024



Nombre del profesional: Mónica Margarita Lengua H
C.C.: 509274105
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024



Congreso

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
78.697.344

NUMERO

MINANDA NEGRETE

APPELLIDO

ALBERTO MANUEL

PRENOMEN



Alberto Minanda
Firma



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-SEP-1960
MONTERIA
(CORDOBA)

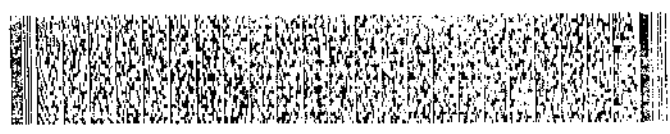
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 O+ M
ESTATURA G.D. PESO SEXO

23-ENE-1987 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EMISION

Alfredo Lopez
EL REGISTRADOR NACIONAL
ALVARO ESTEBAN LOPEZ



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					
ALBERTO	MANUEL	MIRANDA	NEGRETE					
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:		78697341						

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	12
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	55.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	62.50

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b230.3 b2308.3 b2309.3

2. Codigos Estructuras Corporales
s260.383 s2600.383 s2608.383

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

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		SAMIR MORELO CORDERO				CC No.		1067922825	
DIRECCIÓN		CALLE 41 A # 1C SUCRE					Tel/CEL: 3206198939		
E-MAIL:									
ACOMPAÑANTE:									
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 979863			
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: 01-22-2021

Yo, Sagor Marcelo Cordero, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 1067922825, 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 Sagor Marcelo Cordero con #1067922825 (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 7. SLCOV
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: Sagor Marcelo Cordero
C.C.: 1.067.922.825
Firma: _____
Fecha: 12-11-2021

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 Médico-psicólogo - Fisioterapeutas

Nombre del profesional: Andrés Morales Ochoa
C.C.: 30.813.995
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Olya Lucia Ochoa Benitez
C.C.: 1.067.861.801
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Maria Manzanilla Longoria H
C.C.: 50929905
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.067.922.825

MORELO CORDERO

APELLIDOS

SAMIR

SEXO

Samir Morelo Cordero

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-MAY-1993

TIERRALTA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.77

ESTATURA

B+

G S III

M

SEXO

29-JUL-2011 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EMISION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANSEL SANCHEZ TORRES



P-1300110-00548204-M-1067922825-20140217

0037217753A 2

42093105

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
SAMIR		MORELO	CORDERO
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
			Camet diplomático
			Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:		1067922825	

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	12
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	71.88

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b7203.3 b770.3 b798.3

2. Codigos Estructuras Corporales
s750.322 s7502.322

3. Codigos Actividades y Participación
d4602.3 d570.3 d879.3



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

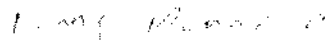
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
OLGA LUCIA OTERO BENITEZ	Psicologia	CC-1067861801
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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
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			VICTOR ELIECER VERGARA RAMIREZ				CC No.		1067894069
DIRECCIÓN		Transversal 7 # 13-26					Tel/CEL: 3162772369		
E-MAIL:									
ACOMPAÑANTE:									
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS			Cód. Autorización: 994085				
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, Victor Eliacer Vergara Ramirez, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 1067894064, domiciliado/a en Montesano, 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 Victor Eliacer Vergara Ramirez con #1067894064 (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: Victor Eliacer Vergara Ramirez
C.C.: 1067894064
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella:



EF 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 Florencia

Nombre del profesional: Antonio Morales Diaz
C.C.: 70.513.985
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024



Nombre del profesional: Olaya Lucia Novoa
C.C.: 1.081.851.801
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024



Nombre del profesional: Maria Margarita Jarama
C.C.: 50.927.905
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.067.894.069

VERGARA RAMIREZ

APellidos

VICTOR ELIECER

Nombre



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-OCT-1990

CARTAGENA
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

29-DIC-2008 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1300100-00154752-M-1067894069-20090419

001084188CA 1

28084514

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					
VICTOR	ELIECER	VERGARA	RAMIREZ					
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:		1067894069						

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	12
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

Física	SI	X	NO	Dominio	Puntaje
Visual	SI		NO X	Cognición	0.00
Auditiva	SI		NO X	Movilidad	80.00
Intelectual	SI		NO X	Cuidado Personal	43.75
Psicosocial (Mental)	SI		NO X	Relaciones	0.00
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
b7353.3 b7600.3 b7601.3

2. Codigos Estructuras Corporales
s750.383 s7500.383 s7509.383

3. Codigos Actividades y Participación
d4602.3 d570.3 d379.3



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

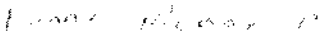
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
OLGA LUCIA OTERO BENITEZ	Psicología	CC-1067861801
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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: 22/10/2024										
NOMBRES		MEDARDO SOTELO MORENO				CC No.		1148436833							
DIRECCIÓN							Tel/CEL: 3227600074								
E-MAIL:															
ACOMPANANTE:			NELLYS CORRALES												
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS			Cód. Autorización: 1025402										
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, Nellys conales paternina, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía .2064931497, domiciliado/a en Montoya, 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 Nedardo Sotelo Moreno con #11482138 (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: Nedardo Sotelo Moreno
 C.C.: 1.148.436.832
 Firma: _____
 Fecha: 12-11-2024

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 Médico-Psólogo-Fisioterapeuta.

Nombre del profesional: Antonio Morales Diaz
C.C.: 70.517.045
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Olya Iván Otero Benítez
C.C.: 1062861001
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Maria Margarita Lanza H
C.C.: 50927905
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella:



1,142,436.837
SOCI. MAGNANO
PUB. 1975
SOCI.

• **ARM**

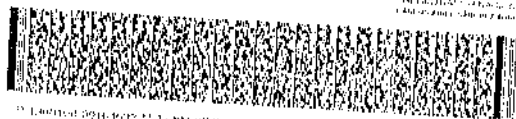


MONTEHIA
(COTACOLA)
LUGAR DE NACIMIENTO

0.4



19-FEB-2009 MONTENIA
10:14 AM LOCAL DE DESTINO

$$f(x) = \frac{1}{2} \left(\frac{1}{2} + \frac{1}{2} \right) = \frac{1}{2}$$
¹³ L. 401 (1974), 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2

በባለቤቱ ስም

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					
MEDARDO		SOTELO	MORENO					
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:		1148436833						

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	12
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	25.00
Relaciones	50.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	56.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b163.2 b164.2

2. Codigos Estructuras Corporales

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



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

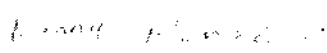
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
OLGA LUCIA OTERO BENITEZ	Psicología	CC-1067861801
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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
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		OSNAIDER JOSE SALGADO LIDUEÑAS				CC No.		1067856808	
DIRECCIÓN							Tel/CEL: 3202581452		
E-MAIL:									
ACOMPañANTE:			JAIME SALGADO						
IPS:	SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 1028199				
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	

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: Antonio Morales Díaz
C.C.: 40.513.045.01
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Olga Lucia Olea Benitez
C.C.: 1.069.861.801
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Maria Monguilla Jengua H
C.C.: 50925905
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella: 

NO. 10, 100, 74, 53, 100, 51

YU12 1.067.855.808



SALGAO LIVREAS

OSNAIDER JOSE

COL	1.60	M
-----	------	---

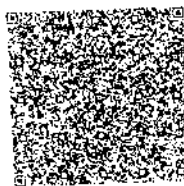
24 OCT 2005 O-

MONTERIA (CORDOBA)

21 NOV 2523, MONTEREA

92 DEC 2033

03545852



[Handwritten signature]

ICCOL035458652413001<<<<<<<<<
0510246M3312027COL1067856808<4
SALGADO<LIDUENAS<<OSNAIDER<JOS

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					
OSNAIDER	JOSE	SALGADO	LIDUEÑAS					
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:		1067856808						

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	12
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	50.00
Relaciones	40.00
Actividades de la Vida Diaria	62.50
Participación	56.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b163.3 b164.3 b198.2

2. Codigos Estructuras Corporales

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



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

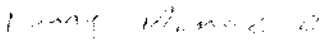
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
OLGA LUCIA OTERO BENITEZ	Psicología	CC-1067861801
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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
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		VALENTINA GALVES MIRANDA				CC No.		1062431984					
DIRECCIÓN		MZ D LT 2 B/ VILLA ROSARIO					Tel/CEL: 3054316240						
E-MAIL:													
ACOMPANANTE:			NATALIA GALVES										
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS			Cód. Autorización: 1045463								
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, Nery Nicanor Julio, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 50900252, 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 Valentina Galves Miranda con #1062431984 (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 y 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: Valentina Galves Miranda
C.C.: 5.062.431.984
Firma: _____
Fecha: 12-11-2024

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 Médico-psicólogo-fisioterapeuta.

Nombre del profesional: Antonio Morales Diaz
C.C.: 910.513.080
Firma: _____
Fecha: 12-11-2024

Huella:



Nombre de profesional: Olga Lora Olga Berile
C.C.: 1067061801
Firma: _____
Fecha: 12-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Maria Manonilla Lengua H
C.C.: 50927905
Firma: _____
Fecha: 12-11-2024

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					
VALENTINA		GALVES	MIRANDA					
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:		1062431984						

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	12
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	35.00
Cuidado Personal	62.50
Relaciones	80.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	75.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b163.3 b164.3

2. Codigos Estructuras Corporales
s110.288 s1100.288

3. Codigos Actividades y Participación
d161.3 d4501.2 d570.3



f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

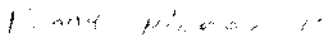
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
OLGA LUCIA OTERO BENITEZ	Psicología	CC-1067861801
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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: 23/10/2024			
NOMBRES		YESICA BARRAGAN BETANCUR				CC No.		1042244551	
DIRECCIÓN		MZ A LT 10 SANTA ELENA				Tel/CEL: 3145782388- 3013407572			
E-MAIL:									
ACOMPANANTE:			OLGA BETANCUR						
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 1118470			
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
	Proceso: Consulta externa	VERSION: 01
		FECHA: 01-22-2023

Yo, Yesica Barragan Betancur, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 4042244551, 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 Yesica Barragan Betancur con 4042244551 (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: Yesica Barragan Betancur
C.C.: 4042244551
Firma: Yesica
Fecha: 12- Nov- 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 Médico - psicólogo - fisioterapeuta.

Nombre del profesional: Maribel Flores Insigraes
C.C.: 32260420
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Silvana Caraballo Domos
C.C.: 1067956458
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Mónica Monsivieja Jengosa H
C.C.: 50927905
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella: 

ICCOLD17713092413001<<<<<<<<<
0503121F3303159C011042244551<9
BARRAGAN<BETANCUR<<YESICA<<<<

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
YESICA		BARRAGAN	BETANCUR
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:		1042244551	

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	12
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	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	40.00
Actividades de la Vida Diaria	25.00
Participación	71.88

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

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

2. Codigos Estructuras Corporales
s220.382 s2201.492

3. Codigos Actividades y Participación
d730.2 d879.3 d940.3



f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

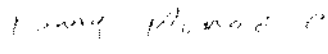
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARABALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARILYN DIVINA FLOREZ INSIGNARES	Medicina	CC-32760420
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905



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		JUAN CARLOS HERNANDEZ HERNANDEZ				CC No.		78704351	
DIRECCIÓN								Tel/CEL:	
E-MAIL:									
ACOMPAÑANTE:			MARIA HERNANDEZ						
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 1121088			
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, Hugo Espinosa Díaz, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 50.904.493, domiciliado/a en Montevideo, 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 Hernandez Hernandez con #78.704.351 (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 Discosocial (Mental)
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 Hernandez Hernandez
C.C.: 78.704.351
Firma: [Firma]
Fecha: 12-NOV-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 Equipo Multidisciplinario de Psiquiatría-Neuropsiquiatría.

Nombre del profesional: Marilyn Y. Lopez Jaramila
C.C.: 32753476
Firma: [Firma]
Fecha: 12/11/2024

Huella: 

Nombre del profesional: Silvana Caraballo Ramos
C.C.: 1067950078
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Maria Mercedes Jerezca
C.C.: 50924905
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella: 

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 78.704.351

HERNANDEZ HERNANDEZ

APELLIDOS

JUAN CARLOS

NOMBRES

[Signature]
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-MAY-1969

MONTERIA
(CORDOBA)
(LUGAR DE NACIMIENTO)

1.71
ESTATURA

O+
GRUPO SANG

M
SEXO

01-FEB-1989 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REPUBLICA DE COLOMBIA
CORPORACION NACIONAL DE IDENTIFICACION



A-1300100 00156029-M 0078704351-20040905

0011245044 1

7414200070

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
JUAN	CARLOS	HERNANDEZ	HERNANDEZ
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:		78704351	

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	12
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	20.83
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	40.00
Actividades de la Vida Diaria	0.00
Participación	71.88

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b117.3 b152.3 b163.3
2. Codigos Estructuras Corporales
3. Codigos Actividades y Participación
d161.2 d7500.2 d879.3



f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

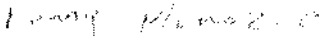
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARABALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARILYN DIVINA FLOREZ INSIGNARES	Medicina	CC-32760420
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905



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		NERIS ESTELLA FUENTES RICARDO				CC No.		1041261250							
DIRECCIÓN		Vereda San Martin Km 25						Tel/CEL: 3008146841							
E-MAIL:															
ACOMPAÑANTE:			Enoc Charry Coronado												
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 1149295									
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, D. Noe S. Chacón C., mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 78257307, 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 Noris Luzmila Ricardo con 1041261250 (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 Psicosocial (Mental)
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: Noris Estrella Luzmila Ricardo
C.C.: 1041261250
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

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 Psicólogos - Terapeutas.

Nombre del profesional: Carilyn J. Lopez Anigores
C.C.: 32260470
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Silvana Caraballo Perez
C.C.: 106795048
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Maria Margarita Jirga II
C.C.: 509270405
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella: 

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CARTILLA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.041.261.250

FUENTES RICARDO

APELLIDOS

NERIS ESTELLA

NUMERO


FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-AGO-1989

SAN PEDRO DE URABA

(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67

ESTATURA

O+

GRUPO SANG

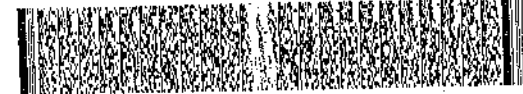
F

SEXO

07-SEP-2007 SAN PEDRO DE URABA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS JOSE SANCHEZ TORRES



A-0123700-00410941-F-1041261250-2011-1-27 0031787420A 1 38510392

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					
NERIS	ESTELLA	FUENTES	RICARDO					
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:		1041261250						

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	12
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	Dominio	Puntaje
Física	SI	NO	X	Cognición	33.33
Visual	SI	NO	X	Movilidad	0.00
Auditiva	SI	NO	X	Cuidado Personal	0.00
Intelectual	SI	NO	X	Relaciones	40.00
Psicosocial (Mental)	SI	X NO		Actividades de la Vida Diaria	50.00
Sordoceguera	SI	NO	X	Participación	71.88
Múltiple	SI	NO	X		

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b130.2 b134.2 b152.2

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación
d175.2 d640.2 d879.3

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: 01/11/2024				
NOMBRES	DIEGO ARMANDO SAENZ URANGO				CC No.	1233344843			
DIRECCIÓN							Tel/CEL: 3108200616		
E-MAIL:									
ACOMPañANTE:		BLANCA URANGO							
IPS:	SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 1324794				
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
	Proceso: Consulta externa	VERSIÓN: 01
		FECHA: 01-22-2023

Yo, Diego Armando Suarez Urango 30685325, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía Nantona, 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 Diego Armando Suarez Urango con L. #33-344-843 (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 de Usuario: Diego Armando Suarez Urango
C.C.: 9.233.344.843
Firma: _____
Fecha: 13-11-2024

Huella:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.233.344.843

CAENZ URANGO

Apellido

Diego Armando

Nombre

NO FIRMA

Firma



Índice de Detección

FECHA DE NACIMIENTO 17-ABR-1999

MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

ESTATURA

B+

Grupos

M

SEXO

10-MAY-2017 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS SALVINO VARGAS



13-1300150-01065914-M-1233344843-20190307

005477787412

61693553



SOLUCIONES
EN SALUD

NIT: 900518561-1
Código de prestador: 230010171902

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					
DIEGO	ARMANDO	SAENZ	URANGO					
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:		1233344843						

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	13
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	65.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	80.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	71.88

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b144.3 b7603.2 b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales
s110.383 s730.382 s750.382

3. Codigos Actividades y Participación
d161.3 d570.3 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
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		GREGORY JOSE GONZALEZ IGUARAN				PT No.		5319243	
DIRECCIÓN		MANDALA 1 MZ E LT 05						Tel/CEL: 3216213778	
E-MAIL:									
ACOMPAÑANTE:									
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 1323439			
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									

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

Yo, GRFGORI, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 5319243, 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 Gregory Gonzalez Iguaran con 5319243 (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: Gregory Jose Gonzalez Iguaran
C.C.: 5319243
Firma: GRFGORI
Fecha: 13-11-2024

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 de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Equipo multidisciplinario Medico - Psicólogo - Psicopedagogo.

Nombre del profesional: Antonio Flavia Diaz
C.C.: 70513045
Firma: [Firma]
Fecha: 13-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Silvana Caraballo Pantoja
C.C.: 1007956439
Firma: [Firma]
Fecha: 13-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Mariana Margarita Jarama H
C.C.: 50927405
Firma: [Firma]
Fecha: 13-11-2024

Huella: 



SOLUCIONES
EN SALUD

NIT: 900518561-1

Código de prestador: 230010171902

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				
GREGORY	JOSE	GONZALEZ	IGUARAN				
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:		5319243					

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	13
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	100.00
Cuidado Personal	56.25
Relaciones	20.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	71.88

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b620.3 b770.4 b798.4

2. Codigos Estructuras Corporales
s750.383 s7600.388

3. Codigos Actividades y Participación
d4602.4 d570.3 d879.3



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

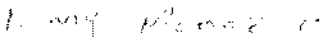
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARABALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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: 07/11/2024			
NOMBRES		CARLOS DANIEL ESPINAL RIVERO				TI No.		1034298686	
DIRECCIÓN		MZ W LT 2 URB VILLA ROSARIO				Tel/CEL: 3022571200- 3007303672			
E-MAIL:									
ACOMPañANTE:		LILIANA RIVERO							
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 1240622			
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, Carlos Daniel Espinal Rivero lema mayor de edad,
 identificado/a con cédula de ciudadanía 50.905.110, 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 Carlos Daniel Espinal Rivero con I-034.298.686 (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: Carlos Daniel Espinal Rivero
 C.C.: 1.034.298.686
 Firma: _____
 Fecha: 13-11-2024

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 - Neuropsicólogo.

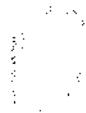
Nombre del profesional: Antonio Morales Diaz
C.C.: 70513645
Firma: [Firma]
Fecha: 13-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Silvana Canaballo Damos
C.C.: 1067780438
Firma: [Firma]
Fecha: 13-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Maria Monique Jansosa +1
C.C.: 50929905
Firma: [Firma]
Fecha: 13-11-2024

Huella:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.034.298.686

ESPINAL RIVERO

APELLIDOS

CARLOS DANIEL

NOMBRES



NO FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-FEB-2008

PUERTO PLATA
REPUBLICA DOMINICANA

LUGAR DE NACIMIENTO

07-FEB-2026

FECHA DE VENCIMIENTO 02-JUN-2015 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

O+

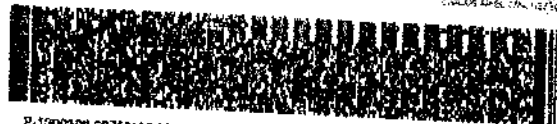
G S RH

M

SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ABEL CORTES GONZALEZ

INDICE DERECHO



P-1000100-00756180-14-1034298686-20151010

0047004603A 2

7503431610

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					
CARLOS	DANIEL	ESPINAL	RIVERO					
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:		1034298686						

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	13
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	58.33
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	37.50
Relaciones	50.00
Actividades de la Vida Diaria	37.50
Participación	57.14

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b163.2 b164.2 b5253.3
2. Codigos Estructuras Corporales
s598.388
3. Codigos Actividades y Participación
d161.2 d598.3 d910.2



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

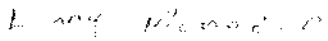
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARABALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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: 07/11/2024				
NOMBRES		ELIZABETH LUNA DE RIVERO				CC No.		25805652	
DIRECCIÓN		MZ W LT 2 URB VILLA ROSARIO					Tel/CEL: 3022571200- 3007303672		
E-MAIL:									
ACOMPañANTE:			LILIANA RIVERO						
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 1029276			
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
	Proceso: Consulta externa	VERSIÓN: 01 FECHA: 01-22-2023

Yo, Ciliana Ruvo, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 50.993.470, domiciliado/a en Montería, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

- 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.
- Deb.do 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.
- 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.
- 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 Luna de Rivero con 25.805.632 (Paciente)
- Me informó que los resultados de la aplicación de estas preguntas le permitirán a la IPS CERTIFICAR el tipo y grado de discapacidad Múltiple.
- 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 Luna de Rivero
 C.C.: 25.805.632
 Firma: _____
 Fecha: 13-11-2024

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 Interdisciplinario de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Medico - psicólogo - fisioterapeuta.

Nombre del profesional: Antonio Heriberto Diaz
 C.C.: 70513045
 Firma: [Firma]
 Fecha: 13-11-2024

Huella: 

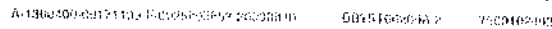
Nombre del profesional: Silvana Caraballo D. Msc
 C.C.: 1067750438
 Firma: [Firma]
 Fecha: 13-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Maria Margarita Lengua FI
 C.C.: 50927905
 Firma: [Firma]
 Fecha: 13-11-2024

Huella: 

Ergonomics, 2016; Vol. 59, No. 7, 829–840



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		LUNA	DE RIVERO
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:		25805652	

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	13
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	X	NO
Sordoceguera	SI		NO X
Múltiple	SI	X	NO

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	58.33
Movilidad	60.00
Cuidado Personal	43.75
Relaciones	60.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	56.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b117.2 b122.2 b798 2

2. Codigos Estructuras Corporales
s110.288 s1102.288 s798.288

3. Codigos Actividades y Participación
d175.2 d598.3 d879 2



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

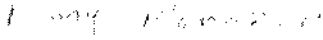
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARAEALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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:			
NOMBRES		ROBIN YADIT TAMARA GUERRA				CC No.		78033935	
DIRECCIÓN								Tel/CEL: 3145060186	
E-MAIL:									
ACOMPAÑANTE:									
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 947717			
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
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Yo, Gustavo Mejía Guerra mayor de edad,
 identificado/a con cédula de ciudadanía (78695240), 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 Robin Yodis Tumera Greco con 786933935 (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: Gustavo Mejía Guerra
 C.C.: 78695240
 Firma: [Firma]
 Fecha: 01-22-2023

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 Enlace - Psicólogo - Psicóloga - Psicóloga.

Nombre del profesional: Antonio Morales Diaz
C.C.: 705130450
Firma: [Firma]
Fecha: 13-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Silvana Caraballo Diaz
C.C.: 1067956458
Firma: [Firma]
Fecha: 13-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Marica Margarilete Lenzana H
C.C.: 50427405
Firma: [Firma]
Fecha: 13-11-2024

Huella:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
76035035

NUMERO

TAMARA MUÑOZ

APELLIDOS

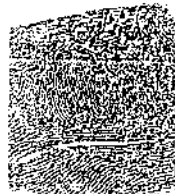
ROBIN VALENT

NOMBRES

NO FIRMA



FIRMA



POBRE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-JUL-1975

MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62

ESTATURA

G S RH

M
SEXO

12-JUN-2000 CERETE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DEBAY ZECOBAR



P:1301000-38084036-M-0076035035-20001020

1077200293A 01 095221954

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					
ROBIN	YADIT	TAMARA	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	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:		78033935						

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	13
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	0.00
Cuidado Personal	18.75
Relaciones	40.00
Actividades de la Vida Diaria	37.50
Participación	56.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b163.3 b164.3 b189.2
2. Codigos Estructuras Corporales
3. Codigos Actividades y Participación
d161.2 d570.2 d879.3



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

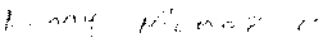
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARABALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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: 31/10/2024					
NOMBRES		CLAUDIA DEL PILAR FLOREZ PEREZ				CC No.		50910757		
DIRECCIÓN		BARRIO VILLA MELISA				Tel/CEL:		31222811470-3137596940		
E-MAIL:										
ACOMPAÑANTE:										
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS			Cód. Autorización: 567786					
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, Claudia flores perez mayor de edad,
 identificado/a con cédula de ciudadanía 50910752, 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 Claudia flores Perez con SG 910 752 (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: Claudia de Pinar flores Perez
 C.C.: 50910752
 Firma: Claudia flores
 Fecha: 14-11-2024

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 Hedim - psicólogo - fisioterapeuta.

Nombre del profesional: Marilva Flores Insigrares
C.C.: 32360420
Firma: [Firma]
Fecha: 14/11/2024

Huella: 

Nombre del profesional: Silvana Caraballo Damos
C.C.: 1067950458
Firma: [Firma]
Fecha: 14-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Maria Manguila Jorga H
C.C.: 50927405
Firma: [Firma]
Fecha: 14-11-2024

Huella: 

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 50.910.757

FLOREZ PEREZ
APELLIDOS

CLAUDIA DEL PILAR
NOMBRES



Claudia Florez Perez
Florez Perez



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-JUL-1974
MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

ESTATURA

O+

GRUPO SANG

F

SEXO

20-JUN-1994 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS ALVARO VALE



A-1300100-38156931-F-0050910757-20070402

02863070920 02 234019542



SOLUCIONES
EN SALUD

NIT: 900518561-1
Código de prestador: 230010171902

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	DEL PILAR	FLOREZ	PEREZ					
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:		50910757						

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	14
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	29.17
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	18.75
Relaciones	50.00
Actividades de la Vida Diaria	0.00
Participación	71.88

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b230.4
2. Codigos Estructuras Corporales
s260.383
3. Codigos Actividades y Participación
d310.3 d598.3 d879 3



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

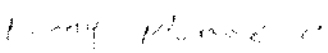
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARABALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARILYN DIVINA FLOREZ INSIGNARES	Medicina	CC-32760420
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905



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		JORGE ISAAC COGOLLO CAVADIA				CC No.		1068422989	
DIRECCIÓN		MOCARI CALLE 93 # 5A -117					Tel/CEL: 3014221679- 3008729090		
E-MAIL:									
ACOMPAÑANTE:									
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 915362			
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, Jorge Isaac Cogollo Cavada, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 1067802522, 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 Jorge Isaac Cogollo Cavada con 1067802522 (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: Jorge Isaac Cogollo Cavada
C.C.: 1.067.802.522
Firma: _____
Fecha: 14-11-2024

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 Medio - psicólogo - fisioterapeuta.

Nombre del profesional: Marilyn Flores Linares
C.C.: 32260420
Firma: [Firma]
Fecha: 14/11/2024

Huella: 

Nombre del profesional: Silvana Caraballo Damas
C.C.: 100795059
Firma: [Firma]
Fecha: 14-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: María Manguila Lengua H
C.C.: 50007905
Firma: [Firma]
Fecha: 14-11-2024

Huella: 

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE ORDENANZA

FECHA DE NACIMIENTO 1.088.422.000
COGOLLO CAVADIA

APellidos
JORGE ISAAC

NOMBRE

NO FIRMAR



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-NOV-2002
MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.42 A+

ESTATURA G.S. RH
18-MAY-2021 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPELACION

M

SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA RIVERA



P-1300100-01244180-M-1008122909-20210713

00749630014 3

8502040567

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					
JORGE	ISAAC	COGOLLO	CAVADIA					
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:		1068422989						

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	14
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	75.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	31.25
Relaciones	55.00
Actividades de la Vida Diaria	56.25
Participación	71.88

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b117.3 b144.2 b163 3

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación
d155.3 d598.3 d879 3



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

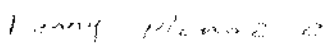
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARABALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARILYN DIVINA FLOREZ INSIGNARES	Medicina	CC-32760420
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905



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		NESTOR EDUARDO MUÑOZ WARNE				CC No.		15645737	
DIRECCIÓN		NESTOR EDUARDO MUÑOZ WARNE					Tel/CEL: 3225048454		
E-MAIL:									
ACOMPañANTE:			Samira Velasquez						
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS			Cód. Autorización: 968081				
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
	Procesos: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Yo, Nestor Eduardo Muñoz Ussine, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 15645737, domiciliado/a en Montevideo, 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 Nestor Eduardo Muñoz Ussine con 15645737 (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: Nestor Eduardo Muñoz Ussine
C.C.: 15645737
Firma: _____
Fecha: 14-11-2024

Huella:



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

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: Marilyn Flores Insignores
C.C.: 32766420
Firma: [Firma]
Fecha: 14/11/2024

Huella:



Nombre del profesional: Silvana Caraballo Ramos
C.C.: 1067950458
Firma: [Firma]
Fecha: 14-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Maica Monguila Lengua H
C.C.: 50424905
Firma: [Firma]
Fecha: 14-11-2024

Huella:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 15645737

APPELLIDOS MUÑOZ WARNE

NOMBRES NESTOR EDUARDO

FIRMA NESTOR MUÑOZ



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-OCT-1978

CERETE (CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA A+ G.S. RH M SEXO

07-NOV-2001 CERETE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL WILSON GONZALEZ



P-1301000-35100501-M-0015645737-20020121 04155020100 01 106374032

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					
NESTOR	EDUARDO	MUÑOZ	WARNE					
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: 15645737

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	14
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	25.00
Cuidado Personal	75.00
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	71.88

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b760.3 b761.3

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación
d4602.1 d598.3 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
MARILYN DIVINA FLOREZ INSIGNARES	Medicina	CC-32760420
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905



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		JAVIER ENRIQUE GOMEZ VARGAS				CC No.		1067921343	
DIRECCIÓN		MZ I LT 17 B/ MINUTOS DE DIOS						Tel/CEL: 3113933958	
E-MAIL:									
ACOMPAÑANTE:									
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 1056885			
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
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Yo, Senny Anayo Restana, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 50902195, 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 Javier Enrique Gomez Vargas con 1067-921-343 (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: Javier Enrique Gomez Vargas
C.C.: 1067-921-343
Firma: _____
Fecha: 14-11-2024

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 - fonoaudiólogo.

Nombre del profesional: Carla Flores Inguetas
C.C.: 32760428
Firma: _____
Fecha: 17/11/2023

Huella:

Nombre del profesional: Silvana Candelito Damas
C.C.: 1007950458
Firma: Silvana Candelito
Fecha: 14-11-2024

Huella:

Nombre del profesional: Maria Margarita Jorga H
C.C.: 50924965
Firma: Maria Margarita Jorga H
Fecha: 14-11-2024

Huella:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.067.921.343
GOMEZ VARGAS

APELLIDOS
JAVIER ENRIQUE

NOMBRES

NO FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-JUN-1980
MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

01-JUN-2011 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS FAVEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-1300100 00312102-M-1007921343-20110706

0927357074A 1 30939068

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