



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido					
JAVIER	ENRIQUE	GOMEZ	VARGAS					
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: 1067921343

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	X	NO
Psicosocial (Mental)	SI	NO	X
Sordoceguera	SI	NO	X
Múltiple	SI	NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	75.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	56.25
Relaciones	55.00
Actividades de la Vida Diaria	56.25
Participación	71.88

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b117.3 b163.3 b167.3

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 MULTIDISCILINARIO									
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD									
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaria de Salud Municipal	
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024					FECHA DE EXPEDICIÓN: 27/10/2024				
NOMBRES		LUIS ALBERTO URANGO LLANES				CC No.		1003430761	
DIRECCIÓN		EL CEIBAL CLL 103 # 13 E 27					Tel/CEL: 3122226509		
E-MAIL:									
ACOMPAÑANTE:									
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 1082454			
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI					Tel/Cel: 310 498 4916		
CONSULTA		Institucional:		☒		Domicilio:		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com	
APOYO Y AJUSTES		Movilidad:				Comunicación:		Personas de apoyo:	
RECURSOS		MINISTERIO DE SALUD				PROPIOS		☒ EMPRESA PRIVADA	
Firma: <i>Kenny Muñoz-C</i> Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA									

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

Yo, Janiela Nunez, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 25.801.860, domiciliado/a en Montebia, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que, para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de La Rubeno Orango Nunez con 25.801.860 (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: Ins Rubeno Orango Nunez
C.C.: 25.801.860
Firma: [Firma]
Fecha: 18-11-2023

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 - Psiquiatra.

Nombre del profesional: Marilyn Pérez Inigrosa
C.C.: 32269420
Firma: [Firma]
Fecha: 14-11-2020

Huella: 

Nombre del profesional: Silviana Caraballo Dames
C.C.: 1009950438
Firma: [Firma]
Fecha: 14-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Maria Margarita Jorjaca H
C.C.: 50921985
Firma: [Firma]
Fecha: 14-11-2024

Huella: 

 Springer

NUIP 1.003.430.761



LUIS ALBERTO

COL	1.70	M
-----	------	---

23 JUN 2000 6+

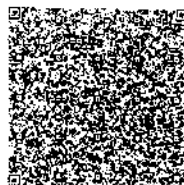
MONTERIA (CORDOBA)

28 ENE 2019, MONTERIA

17 MAR 2034



041024087



RECEIVED FROM NAC 3246
PERS. FIN. DIV. 3/2/66

ICCOL041024087413001<<<<<<<<<
0006231M3403174COL1003430761<6
URANGO<LLANES<<LUIS<ALBERTO<<<

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	
LUIS		ALBERTO		URANGO		LLANES	
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: 1003430761

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	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	50.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	50.00
Actividades de la Vida Diaria	43.75
Participación	65.63

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b117.3 b126.2 b167.1
2. Codigos Estructuras Corporales
3. Codigos Actividades y Participación
d155.2 d598.3 d879.3



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

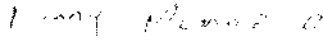
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARABALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARILYN DIVINA FLOREZ INSIGNARES	Medicina	CC-32760420
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905



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: 23/10/2024				
NOMBRES		GUILLERMO RAFAEL VITOLA BENITEZ				CC No.		1067907085	
DIRECCIÓN		Mz 136 Lote 10 etapa 13 Barrio la Pradera					Tel/CEL: 3045611927		
E-MAIL:									
ACOMPANANTE:			Eliana Vargas						
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS			Cód. Autorización: 1134126				
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI					Tel/Cel: 310 498 4916		
CONSULTA		Institucional:		☒	Domicilio:		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com		
APOYO Y AJUSTES		Movilidad:		☐	Comunicación:		Personas de apoyo:		☐
RECURSOS		MINISTERIO DE SALUD		☐	PROPIOS		☒	EMPRESA PRIVADA	
Firma:  Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA									

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

Yo, GLORIA VARGAS VITOLA, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 8.093.966, domiciliado/a en Moravia, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que, para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de Guillermo Rafael Varga Benitez con 1.067.907.085 (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 Rafael Varga Benitez
C.C.: 1.067.907.085
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 Interdisciplinario de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Psicología - Neuropsicología.

Nombre del profesional: Paola J. Linares Insigrores
C.C.: 32760429
Firma: [Firma]
Fecha: 14/11/2024

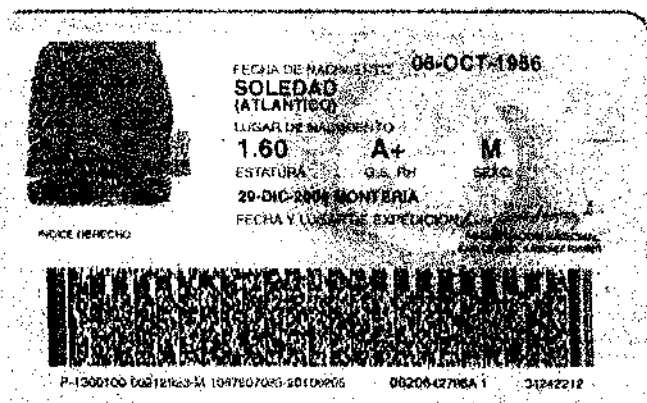
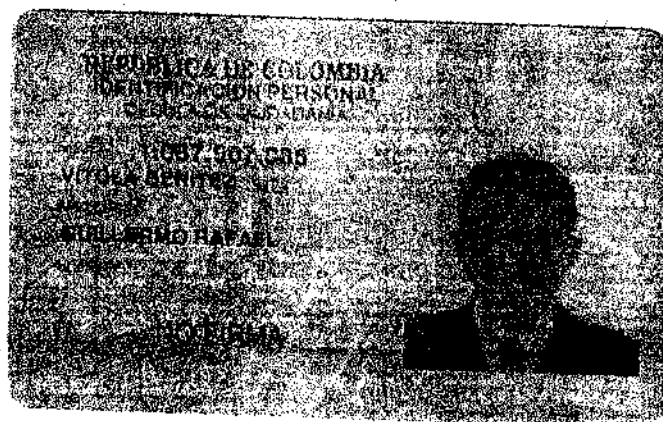
Huella: 

Nombre del profesional: Silvana Canaballa Demas
C.C.: 1067756438
Firma: [Firma]
Fecha: 14-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Maria Ampariza Jengosa H.
C.C.: 50427905
Firma: [Firma]
Fecha: 14-11-2024

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					
GUILLERMO	RAFAEL	VITOLA	BENITEZ					
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:		1067907085						

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	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	43.75
Relaciones	60.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	71.88

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b117.3 b163.3 b167.3

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación
d155.3 d7500.3 d879.3



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARABALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
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		ANYIS PAOLA PAEZ AGAMEZ				CC No.		1062430846		
DIRECCIÓN		Calle A4 Barrio Alfonso López					Tel/CEL: 3147872738			
E-MAIL:										
ACOMPAÑANTE:			LUISA AGAMEZ							
IPS:	SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 1150043					
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, Janeth de Caimen Agamez Zapa, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 50.894.509, 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 Anyis Paola Perez Agamez con 062.430.846 (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: Anyis Paola Perez Agamez
C.C.: 1.062.430.846
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 de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Equipo Multidisciplinario Psicólogo - Neuropsiquiatra.

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

Huella:



Nombre del profesional: Silvana Cevallos Pando
C.C.: 1067438458
Firma: [Firma]
Fecha: 14-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Maria Amparilla Jorquera
C.C.: 50917905
Firma: [Firma]
Fecha: 14-11-2024

Huella:



9:30 AM

1.062.430.846

PAEZ AGAMEZ

ANYIS PÄGJA

CON

i.63

22

13 OCT 2005

○+

MONTERIA (CORDOBA)

16 NOV 2023, MONTERIA

18 NOV 2023



035002455



REGISTRAR GENERAL
New York State

ICCOL035002459813001<<<<<<<<
0510132F3311189COL1062430846<1
PAEZ<AGAMEZ<<ANYIS<PAOLA<<<<<<

Anexo de consentimiento informado.

Formato de entrega y aceptación de la Valoración RLCPD

La Valoración genera Certificado de Discapacidad

SI ☒ NO ☐

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

SI ☒ NO ☐

Acepta el uso de esta información en el sistema RLCPD.

SI ☒ NO ☐

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



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido					
ANYIS	PAOLA	PAEZ	AGAMEZ					
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:		1062430846						

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	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	31.25
Relaciones	60.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	65.63

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b117.3 b160.3 b163.3
2. Codigos Estructuras Corporales
3. Codigos Actividades y Participación
d155.3 d310.3 d879.3



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

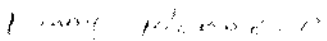
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARABALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARILYN DIVINA FLOREZ INSIGNARES	Medicina	CC-32760420
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905



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: 23/10/2024				
NOMBRES		YULISA FERNANDA BERRIO MONTES				CC No.		1067863256	
DIRECCIÓN		10 DE FEBRERO-VIA LOMA VERDE				Tel/CEL: 3127713276- 3241689151			
E-MAIL:									
ACOMPAÑANTE:									
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 592091			
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, Arelis Monter Suarez 50937173, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 50937173, domiciliado/a en Monteria, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de Yulisa Bernal Montes con 1067.863.256 (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: Yulisa Bernal Montes
C.C.: 1067.863.256
Firma: _____
Fecha: 14-11-2023

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 - Psicólogo - fisioterapeuta.

Nombre del profesional: Merilyn Pérez Insigraes
 C.C.: 32269420
 Firma: [Firma]
 Fecha: 14-11-2024

Huella:

Nombre del profesional: Silvana Caraballo Dávila
 C.C.: 1069956489
 Firma: [Firma]
 Fecha: 14-11-2024

Huella:

Nombre del profesional: Maria Margarita Jengua H
 C.C.: 50937905
 Firma: [Firma]
 Fecha: 14-11-2024

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					
YULISA	FERNANDA	BERRIO	MONTES					
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:		1067863256						

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	70.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	5.00
Actividades de la Vida Diaria	25.00
Participación	50.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales
s740.263 s750.283

3. Codigos Actividades y Participación
d4154.3 d4602.3 d879.2



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

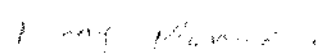
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARABALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARILYN DIVINA FLOREZ INSIGNARES	Medicina	CC-32760420
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905



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		EDUARDO ENRIQUE VILLADIEGO BORJA				CC No.		10769244	
DIRECCIÓN		nueva Colombia mz j 1 lt 1						Tel/CEL: 3242111870-3246779090	
E-MAIL:									
ACOMPañANTE:				ROBERTO VILLADIEGO					
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 611684			
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, ANITA ESPINOZA, mayor de edad,
 identificado/a con cédula de ciudadanía 35.301120, domiciliado/a en
 _____, 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 Eduardo Villadiego Bona con I.#76-9244 (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: EDUARDO ENRIQUE VILLADIEGO BORJA
 C.C.: 70269244
 Firma: EDUARDO VILLADIEGO
 Fecha: 14-27-2024

Huella:



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

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

Nombre del profesional: Reynier J. Pérez Linares
C.C.: 32760420
Firma: [Firma]
Fecha: 29/11/2023

Huella:



Nombre del profesional: Silvia Carballo Domínguez
C.C.: 1067956058
Firma: [Firma]
Fecha: 14-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Maria Margarita Jorjica H
C.C.: 50921905
Firma: [Firma]
Fecha: 14-11-2024

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
EDUARDO	ENRIQUE	VILLADIEGO	BORJA
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:		10769244	

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	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	10.00
Cuidado Personal	18.75
Relaciones	30.00
Actividades de la Vida Diaria	25.00
Participación	68.75

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b210.3

2. Codigos Estructuras Corporales
s220.382 s2209.382

3. Codigos Actividades y Participación
d730.2 d879.3 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
MARILYN DIVINA FLOREZ INSIGNARES	Medicina	CC-32760420
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905

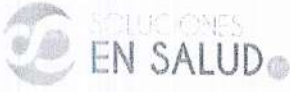


El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.

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		JAIRO ANTONIO MESA SIMANCA				CC No.		3671914	
DIRECCIÓN		CRA 8 6D SUR # 35 B/ LOS ARAUJOS						Tel/CEL: 3205686220-3136406887	
E-MAIL:									
ACOMPAÑANTE:									
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 618913			
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									

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

Yo, Jairo Antonio Mesa Simanca 3, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 3671914, 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 Jairo Antonio Mesa Simanca con #3.671.914 (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: Jairo Antonio Mesa Simanca
C.C.: 3.671.914
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 - fisioterapeuta.

Nombre del profesional: Marilyn Flores Insignore
C.C.: 32766420
Firma: [Firma]
Fecha: 24/11/2024

Huella:



Nombre del profesional: Silvana Casaballo Ramos
C.C.: 1007956458
Firma: [Firma]
Fecha: 14-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Maria Margarita Jengua FI
C.C.: 50423905
Firma: [Firma]
Fecha: 14-11-2024

Huella:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 3.671.914
MESA SIMANCA

APELLIDOS
JAIRO ANTONIO

NOMBRES

Jairo Antonio Mesa Simanca

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-MAR-1961

PUERTO LIBERTADOR
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75

ESTATURA

O+

GRUPO SANG

M

SEXO

10-DIC-1980 EL BAGRE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION



ADICIONALES



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					
JAIRO	ANTONIO	MESA	SIMANCA					
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:		3671914						

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

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	75.00
Intelectual	SI		NO X	Cuidado Personal	31.25
Psicosocial (Mental)	SI		NO X	Relaciones	5.00
Sordoceguera	SI		NO X	Actividades de la Vida Diaria	75.00
Múltiple	SI		NO X	Participación	71.88

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b760.3 b7603.3 b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales
s750.322 s7501.412 s7502.412

3. Codigos Actividades y Participación
d4602.3 d598.1 d879.3



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

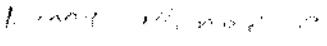
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARABALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARILYN DIVINA FLOREZ INSIGNARES	Medicina	CC-32760420
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905



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: 22/10/2024				
NOMBRES		ORLAY DE JESUS MACIAS BORJA				RC No.		1067979959	
DIRECCIÓN							Tel/CEL: 3146737866- 3207844361		
E-MAIL:									
ACOMPAÑANTE:									
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS			Cód. Autorización: 1160030				
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, Ana Borja, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 100 343 1930, 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 Orley de Jesus Mucias Borja con 1067.979.959 (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: Orley de Jesus Mucias Borja
C.C.: 1.067.979.959
Firma: _____
Fecha: 12-11-2024

Huella:



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

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

Nombre del profesional: Marilys J. Pérez Vinyard
C.C.: 32760420
Firma: [Firma]
Fecha: 12/11/2024

Huella: 

Nombre del profesional: Silvana Caraballo Dumas
C.C.: 1069750458
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: María Margarita Lengua H
C.C.: 80937405
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella: 



REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO
Número: **N**



31017608-5

NUIP

1.067.979.959

Tipo de certificado

Datos Esenciales ☐

Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
MACIAS BORJA ORLAY DE JESUS

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)
Año 2 0 2 1 Mes D I O Día 1 0 MASCULINO
Sexo (en letras)
Tipo Sanguíneo O +
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA CORDOBA MONTERIA
Fecha de Inscripción (Mes en letras)
Año 2 0 2 2 Mes M A R Día 0 1 0061126027
Indicativo serial

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
BORJA ARCIRIA ANA GABRIELA
Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.003.431.930
Nacionalidad
COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
MACIAS MADERA CESAR LUIS
Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.003.401.611
Nacionalidad
COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
MACIAS MADERA CESAR LUIS
Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.003.401.611

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA CORDOBA MONTERIA
Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2 0 2 2 Mes M A R Día 0 1
Nombre y firma del funcionario

CONSUELO AMPARO CHANTRE HOYOS
Registrador del Estado Civil

Código
H Y C

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
ORLAY	DE JESUS	MACIAS	BORJA
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia		
CÓRDOBA	MONTERÍA		

1.7 Documento de Identidad

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

Número de documento de identidad: 1067979959

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
SOLUCIONES EN SALUD IPS	Año	Mes	Día
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2024	11	12
NI	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
	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

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

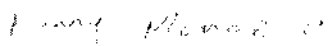
1. Codigos Funciones Corporales
b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales
s750.383

3. Codigos Actividades y Participación
d133.3 d331.3 d880.3

Alcaldía de
MONTERÍA
Secretaría de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO									
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD									
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaría de Salud Municipal	
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024						FECHA DE EXPEDICIÓN: 24/10/2024			
NOMBRES		DARY LUZ GALINDO GARCES				CC No.		1002997058	
DIRECCIÓN		MZ 5 LT 10 B/ VILLA ANZARETH					Tel/CEL: 3135071521		
E-MAIL:									
ACOMPañANTE:			OMAIRA GARCES						
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 1178702			
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 CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
	Proceso: Consulta externa	FECHA: 01-22-2023

Yo, Diana García Tena, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 34995887, domiciliado/a en Medellín, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.
2. Debido a ello, me informó que existe un procedimiento para establecer un apoyo para las personas con discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, mental/psicosocial o múltiple, con el propósito de promover la autonomía y respeto de las decisiones de la persona.
3. Que, para identificar a las personas con discapacidad, se cuenta con un Instrumento de Valoración que consiste en una entrevista en la que participa un grupo interdisciplinario para determinar las capacidades del paciente.
4. Me explicó que la información que yo le suministre es de carácter confidencial y sólo será utilizada para garantizar la reparación integral, adecuada y diferencial de Dary Luz Gabriela García con 1002.997.058 (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: Dary Luz Gabriela García
C.C.: 1002.997.058
Firma: _____
Fecha: 12-4-2024

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 - fisioterapeuta.

Nombre del profesional: Paulya Lorez Quintero
C.C.: 35260420
Firma: [Firma]
Fecha: 12/11/2024

Huella: 

Nombre del profesional: Silvana Caraballo Pinos
C.C.: 1087956458
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Maria Margarita Jorgosa H.
C.C.: 50927406
Firma: [Firma]
Fecha: 10-11-2024

Huella: 

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.002.997.058**
GALINDO GARCES

APELLIDOS

DARY LUZ

NO FIRMAS

NO FIRMA
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-DIC-1996**

MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.51

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

09-OCT-2015 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1300150-00772388-F-1002997058-20151207

0047635338A 1

44823188

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
DARY	LUZ	GALINDO	GARCES
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:		1002997058	

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	75.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	43.75
Relaciones	60.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	71.88

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b117.3 b163.3 b172.3
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

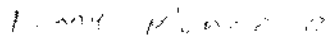
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARABALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARILYN DIVINA FLOREZ INSIGNARES	Medicina	CC-32760420
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905



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: 31/10/2024				
NOMBRES		SEBASTIAN PACHECO ALVAREZ				RC No.		1062544335	
DIRECCIÓN		CALLE # 4-24					Tel/CEL: 3104573379		
E-MAIL:									
ACOMPañANTE:			YENIFER ALVAREZ						
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 1210916			
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, Sebastian Alvarez Araverro, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 1063045442, 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 Sebastian Pacheco Alvarez con 1.062.544.335 (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: Sebastian Pacheco Alvarez
C.C.: 1.062.544.335
Firma: _____
Fecha: 12-11-2024

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 Medico-psicologo-fisioterapeuta.

Nombre del profesional: Marlyn Flores Insigorez
C.C.: 32760920
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Silvana Caraballo Vinas
C.C.: 1067986458
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Marice Margarita Jengosa
C.C.: 50927905
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella:





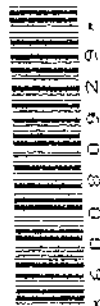
REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.062.544.335

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

60080929



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	02	Consulado	☐
				Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐
Código H 1 R							
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía							
NOTARIA 2 MONTERIA - COLOMBIA - CORDOBA - MONTERIA							

Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
PACHECO		ALVAREZ	
Nombre(s)			
SEBASTIAN			
Fecha de nacimiento			
Año	2019	Me	JUN
		Día	23
Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo	Factor RH
MASCULINO		A	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)			
COLOMBIA CORDOBA MONTERIA			

Tipo de documento antecedente a Declaración de testigos		Número certificado de nacido vivo	
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO		15658344-2	

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)	
Apellidos y nombres completos	
ALVAREZ IZQUIERDO YENNIFER	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.008.048.442	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)	
Apellidos y nombres completos	
PACHECO HERRERA HERNAN YESID	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.067.951.351	COLOMBIA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
PACHECO HERRERA HERNAN YESID	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.067.951.351	Hernan Pacheco

Datos primer testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción		Nombre y firma del notario que autoriza	
Año	2019	Juan Carlos Oviedo Gómez	
Mes	JUL	Notario en Proceso	
Día	03	JUAN CARLOS OVIEDO GOMEZ - NOTARI	
		Nombre y firma	

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

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					
SEBASTIÁN		PACHECO	ALVAREZ					
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:		1062544335						

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

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b117.1 b140.1 b199 1
2. Codigos Estructuras Corporales
3. Codigos Actividades y Participación
d315.1 d710.3 d815.1



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

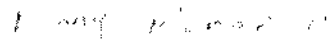
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARABALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARILYN DIVINA FLOREZ INSIGNARES	Medicina	CC-32760420
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905



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: 22/10/2024				
NOMBRES		RAUL ANTONIO BLANDON JARAMILLO				CC No.		16678035	
DIRECCIÓN		M2 46 LT 10 B/ CANTA CLARO					Tel/CEL: 3145046933		
E-MAIL:									
ACOMPAÑANTE			SIXTA MIRANDA						
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 1250125			
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, Berta miranda mayor de edad,
 identificado/a con cédula de ciudadanía 32117659, domiciliado/a en
Martina, 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 Rael Antonio Blando Jaramillo con 16-078-035 (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: Rael Antonio Blando Jaramillo
 C.C.: 16-078-035
 Firma: _____
 Fecha: 12-11-2024

Huella:



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

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

Nombre del profesional: Raúl G. López Insignares
C.C.: 32260420
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024



Huella:

Nombre del profesional: Silvana Caraballo Pantoja
C.C.: 1007950488
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024



Huella:

Nombre del profesional: Maria Margarita Jerez H.
C.C.: 503927405
Firma: [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					
RAUL	ANTONIO	BLANDON	JARAMILLO					
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:		16678035						

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	25.00
Cuidado Personal	31.25
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	71.88

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b210.4 b2100.4 b2101.4

2. Codigos Estructuras Corporales
s220.383

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



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

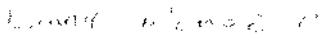
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARABALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARILYN DIVINA FLOREZ INSIGNARES	Medicina	CC-32760420
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905



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		Secretaría de Salud Municipal			
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024					FECHA DE EXPEDICIÓN: 22/10/2024						
NOMBRES		OSCAR ANTONIO OCHOA ARIZAL				CC No.		6881939			
DIRECCIÓN		CALLE 24 # 15-51 B/ COSTA DE ORO					Tel/CEL: 3215587388				
E-MAIL:											
ACOMPAÑANTE:			LUZ DARY ROJAS								
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS			Cód. Autorización: 1255749						
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											

12-11-2024

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

Yo, Oscar Antonio Ochoa Arzola, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 6.881.939, 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 Oscar Antonio Ochoa Arzola con 6.881.939 (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: Oscar Antonio Ochoa Arzola
C.C.: 6.881.939
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 Medico - psicologo - fisioterapeuta.

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

Huella: 

Nombre del profesional: Silvana Canaballo Pinos
C.C.: 1007950458
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Maria Margarita Lopez H
C.C.: 80927905
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella: 

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
OFICINA DE CIUDADANIA

NUMERO 6.881.939

OFICINA DE CIUDADANIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

OSCAR ANTONIO

REPUBLICA DE COLOMBIA

[Signature]



INDICE VERIFICADO

FECHA DE NACIMIENTO 13-JUN-1959
MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 A- M
ESTATURA G S RH SEXO

07-FEB-1979 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRO NACIONAL
FOLIO 4884 - FOLIO 4885



A-1300100-4-0159004-M-0000001339-20090611 R01239050A 1 7440004056

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					
OSCAR	ANTONIO	OCHOA	ARIZAL					
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:				6881939				

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	50.00
Participación	71.88

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales
s7500.321 s7501.411 s7502.411

3. Codigos Actividades y Participación
d4154.3 d4602.3 d598.3



f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

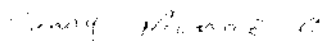
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARABALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARILYN DIVINA FLOREZ INSIGNARES	Medicina	CC-32760420
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905



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		EMELDA ROSA ESCOBAR RANGEL				CC No.		34925392	
DIRECCIÓN		Edmundo López transversal 15 número 10-06					Tel/CEL: 3104000740 . 3126263629. 3135789103		
E-MAIL:									
ACOMPañANTE:			marivis Josefa Pastrana Escobar						
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 1285011			
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI					Tel/Cel: 310 498 4916		
CONSULTA		nstitucional:		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									

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

Yo, Marivis Botruna Escobar, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 26.039.563, 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 Emelda Escobar Dangel con 1134.925.392 (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: Emelda Rosa Escobar Dangel
C.C.: 34.925.392
Firma: _____
Fecha: 12-11-2024

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 Psicodisplinarío de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Medico psicologo - forense.

Nombre del profesional: Nexilyn Alvarez Iniglesias
C.C.: 32260420
Firma: [Firma]
Fecha: 30/11/2024



Huella:

Nombre del profesional: Silvana Casablanco Damas
C.C.: 1007456458
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024



Huella:

Nombre del profesional: Monica Manzanilla Jorquera H
C.C.: 50927405
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024



Huella:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 34.925.392
ESCOBAR RANGEL

APellidos
EMEL DA ROSA

NOMBRES

Emelda Escobar R

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-MAR-1952

PLANETA RICA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50

ESTATURA

O+

G.B. RH

F

SEXO

20-AGO-1975 PLANETA RICA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADO NACIONAL
CANTONALES - ALI - CANTONALES



A-1300100-00200578-F-0034025392-20100110

002007567A 2

7/30/11/13

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					
EMELDA	ROSA	ESCOBAR	RANGEL					
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:		34925392						

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	90.00
Cuidado Personal	43.75
Relaciones	10.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	71.88

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b770.4

2. Codigos Estructuras Corporales
s7300.382 s7301.382 s750.383

3. Codigos Actividades y Participación
d4154.4 d598.3 d879.3



f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

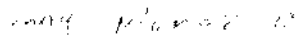
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARABALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARILYN DIVINA FLORIEZ INSIGNARES	Medicina	CC-32760420
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905



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: 31/10/2024						
NOMBRES		ELVIRA ROSA OSORIO SANTANA				CC No.		26025786			
DIRECCIÓN		MZ J1 LT 5 B/ VILLA ROCIO					Tel/CEL: 3204367717				
E-MAIL:											
ACOMPAÑANTE:			LILIANA ORTEGA OSORIO								
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS			Cód. Autorización: 1309199						
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, Jonelly Bealero Ayala, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 25 801 471, domiciliado/a en Youtener, 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 Guira Osorio Santana con #26.025.786 (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: Guira Osorio Santana
C.C.: 26.025.786
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 Medico - psicólogo - fonoaudiólogo.

Nombre del profesional: Marilys J. Lopez Insuarez
C.C.: 30760420
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Silvana Carballo Pinos
C.C.: 1007950058
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Monica morcuello Jimenez
C.C.: 50921909
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26.025.786

OSORIO SANTANA
APELLIDOS

ELVIRA ROSA
NOMBRES

Elvira Osorio
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
PLANETA RICA
(CORDOBA)

26-ENE-1957

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

A+

F

ESTATURA

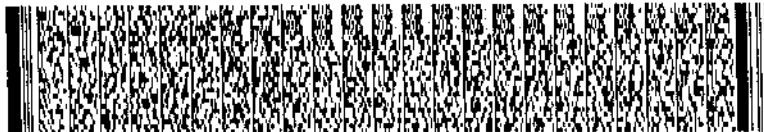
G.S. RH

SEXO

27-AGO-1977 PLANETA RICA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Juan Carlos Galindo Vacha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1302800-00780811-F-0026025786-20160104

0047906812G 2

5021454880

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					
ELVIRA	ROSA	OSORIO	SANTANA					
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:				26025786				

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

	SI	X	NO
Física			
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

	Puntaje
Dominio	
Cognición	0.00
Movilidad	90.00
Cuidado Personal	56.25
Relaciones	15.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	71.88

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b525.3 b6202.3 o770.4
2. Codigos Estructuras Corporales
s750.383
3. Codigos Actividades y Participación
d4602.3 d598.3 d879.3



f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

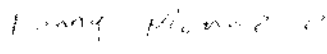
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARABALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARILYN DIVINA FLOREZ INSIGNARES	Medicina	CC-32760420
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905



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		JULIAN ANDRES CANTILLO HENRIQUEZ				TI No.		1062968492	
DIRECCIÓN		MZ 102 LT 3 ETAPA B/ LA PRADERA					Tel/CEL: 3136568361		
E-MAIL:									
ACOMPAÑANTE:			MARIA HENRIQUEZ						
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 1314924			
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	

Yo, Maria Henríquez Lopez, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 50923576, 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 Johan Andres Canillo Henríquez con I.#62.968.492 (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: Johan Andres Canillo Henríquez
C.C.: 1.062.968.492
Firma: Johan Andres Canillo Henríquez
Fecha: 12-11-2024

Huella:



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

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

Nombre del profesional: Marilyn J. Lopez Insigroes
C.C.: 32260420
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Silvana Caraballo Domínguez
C.C.: 1007956438
Firma: [Firma]
Fecha: 12-11-2024

Huella: 

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

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					
JULIAN	ANDRES	CANTILLO	HENRIQUEZ					
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:		1062968492						

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	25.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	18.75
Relaciones	25.00
Actividades de la Vida Diaria	25.00
Participación	46.43

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b117.1 b163.1 b167.1

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación
d155.1 d598.1 d820.1



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		Secretaría de Salud Municipal	
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024					FECHA DE EXPEDICIÓN: 07/11/2024				
NOMBRES		SEBASTIAN CASTRILLON HOYOS				CC No.		1138074823	
DIRECCIÓN		CRA 30 A 8C W 21 B/ CASITA NUEVA					Tel/CEL: 3217639237		
E-MAIL:									
ACOMPañANTE:			LUIS FABRA						
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS			Cód. Autorización: 585150				
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, Luis Enrique Tabara Hoyos, mayor de edad,
identificado/a con cédula de ciudadanía 1067914979, 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 Sebastian Castillon Hoyos con 1.138.074.823 (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: Sebastian Castillon Hoyos
C.C.: 1.138.074.823
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 Medico-psicologo-fisioterapeuta

Nombre del profesional: Valderrama, Daniel S. DR
C.C.: 370813047
Firma: [Firma]
Fecha: 13-11-2024

Huella:

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

Huella:

Nombre del profesional: Maria Marmuza Lengua H
C.C.: 50427405
Firma: [Firma]
Fecha: 13-11-2024

Huella:

COLOMBIA

IDENTIFICACION

1.138.074.823



CASTRILLON HOYOS

SEBASTIAN

COL 1.65 M

22 JUN 2005 O+

MONTERIA (CORDOBA)

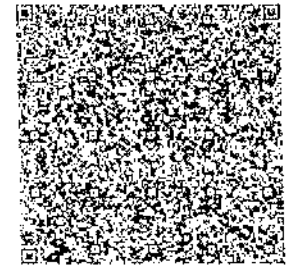
31 OCT 2023, BOGOTA D.C.

31 OCT 2033

IDENTIFICACION

033098939

REGISTRADORA NACIONAL
Hoyos Polanco R. T.



ICCOL033098939815001<<<<<<<<<<
0506225M3310311COL1138074823<0
CASTRILLON<HOYOS<<SEBASTIAN<<<

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					
SEBASTIAN		CASTRILLON	HOYOS					
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:		1138074823						

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

	Puntaje
Dominio	
Cognición	70.83
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	43.75
Relaciones	70.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	59.38

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b163.3 b164.3
2. Codigos Estructuras Corporales
3. Codigos Actividades y Participación
d570.2 d598.4 d879.3

Alcaldía de
MONTERÍA

Secretaría de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO									
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD									
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaria de Salud Municipal	
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024						FECHA DE EXPEDICIÓN: 16/10/2024			
NOMBRES		ANDRES GUILERMO THERAN PETRO				CC No.		1007781468	
DIRECCIÓN		ANDRES GUILERMO THERAN PETRO						Tel/CEL: 3234790097	
E-MAIL:									
ACOMPAÑANTE:			Eliana Patricia Petro Hernandez						
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 700648			
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI						Tel/Cel: 310 498 4916	
CONSULTA		Institucional:		☒		Domicilio:		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com	
APOYO Y AJUSTES		Movilidad:				Comunicación:		Personas de apoyo:	
RECURSOS		MINISTERIO DE SALUD				PROPIOS		☒ EMPRESA PRIVADA	
Firma: <i>Kenny Muñoz C</i> Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA									

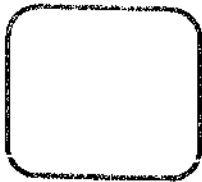
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CODIGO: AIS-FOR-16
	Proceso: Consulta externa	VERSIÓN: 01 FECHA: 01-22-2023

Yo, Elviana Patricia mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 25 774 557, domiciliado/a en Marlenia, 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.
- 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.
- 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 Andrés Guillermo Ibarra Pardo con 007.781.468 (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: Andrés Guillermo Ibarra Pardo
 C.C.: 007.781.468
 Firma: _____
 Fecha: 13-11-2024

Huella: 

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

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

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

Huella: 

Nombre del profesional: Silvana Caraballo Pomas
 C.C.: 1067956459
 Firma: [Firma]
 Fecha: 13-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Maria Margarita Lanza
 C.C.: 80917405
 Firma: [Firma]
 Fecha: 13-11-2024

Huella: 

REPÚBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACIÓN PERSONAL
 CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.781.468
 TRL HAN PETRO
 APELLIDOS ANDRÉS GUILLERMO
 NOMBRES
 NO FIRMA
 FIRMAS



FECHA DE NACIMIENTO 17-MAR-2000
 MONTERIA
 (CORDOBA)
 LUGAR DE NACIMIENTO
 1.60
 ESTATURA O+ SEXO M
 05-ABR-2010 MONTERIA
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
 REGISTRADO NACIONAL
 ASISTENTE SOCIAL




P: 000100-0099521-M-1007781468-20100425
 C000914741X1
 C030564



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					
ANDRES	GUILLERMO	THERAN	PETRO					
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:		1007781468						

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	85.00
Cuidado Personal	81.25
Relaciones	70.00
Actividades de la Vida Diaria	100.00
Participación	75.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b163.3 b164.3 b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales
s730.383 s7302.363 s750.383

3. Codigos Actividades y Participación
d4602.4 d598.4 d879.3



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

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



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

Alcaldía de
MONTERÍA

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		SOPHIA ESPINOSA RAMOS				TI No.		1233341846	
DIRECCIÓN		Calle 55 # 12-65 edificio Sant marti apto 505 la castellana					Tel/CEL: 3002101370		
E-MAIL:									
ACOMPAÑANTE:				ANA RAMOS					
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 666579			
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 Proceso: Consulta externa	CODIGO: AIS-FOR-16
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 01-22-2023

Yo, Rolando Ramos Matos, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 1010133459, domiciliado/a en Monteña, 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 Sophia Espinosa Ramos con LA 23.341.846 (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: Sophia Espinosa Ramos
 C.C.: 1-233.341.846
 Firma: _____
 Fecha: 13-0-2024

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 Florido Diaz
C.C.: 7051304580
Firma: [Firma]
Fecha: 13-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Silviana Cordero Domus
C.C.: 1067756458
Firma: [Firma]
Fecha: 13-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Maria Margarita Lengua H
C.C.: 50727405
Firma: [Firma]
Fecha: 13-11-2024

Huella: 

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.233.341.846
ESPINOSA RAMOS

APELLIDOS
SOPHIA

NOMBRES



NO FIRMA

Firma



ÍNDICE (DEBEOR)

FECHA DE NACIMIENTO 01-MAY-2016
MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

01-MAY-2034

FECHA DE VENCIMIENTO

13-JUL-2023 MONTERIA

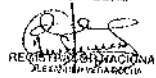
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+

G S RH

F

SEXO



P-1300100-01380093-F-12133411448-20231123

0137535935A 2

8508830460



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					
SOPHIA		ESPINOSA	RAMOS					
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:		1233341846						

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	70.83
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	56.25
Relaciones	65.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	71.43

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b163.2 b164.2 b176 2

2. Codigos Estructuras Corporales

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



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

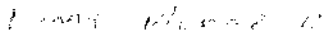
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARABALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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: 07/11/2024					
NOMBRES		EMMA ROSA GARCIA CONTRERAS				CC No.		34979080			
DIRECCIÓN		Calle 46 # 2-35 b/ sector industrial					Tel/CEL: 3015319415				
E-MAIL:											
ACOMPañANTE:			JOSE NIEVE GARCIA								
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 680671					
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI					Tel/Cel: 310 498 4916				
CONSULTA		Institucional:		☒		Domicilio:		☐		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com	
APOYO Y AJUSTES		Movilidad:		☐		Comunicación:		☐		Personas de apoyo:	
RECURSOS		MINISTERIO DE SALUD		☐		PROPIOS		☒		EMPRESA PRIVADA	
Firma:  Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA											

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

Yo, JOSE DAVID NIEVES GARCIA, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía ID. 777-346, domiciliado/a en PLAZA DE LA PAZ, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

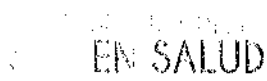
1. El/la profesional de SOLUCIONES EN SALUD IPS me informó que las personas con discapacidad intelectual, mental/psicosocial o múltiple tienen derecho a tomar decisiones, a que se respeten su voluntad y preferencias y que el Estado tiene la obligación de garantizar la capacidad jurídica de las personas 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 Emma Dora García Contreras con 34-977-080 (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: Emma Dora García Contreras
C.C.: 34-977-080
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-psiquiatra

Nombre del profesional: Antonio Morales Diaz
C.C.: 90513045-10
Firma: [Firma]
Fecha: 13-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Sharon Camacho Páez
C.C.: 1009950458
Firma: [Firma]
Fecha: 13-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Maria Monsuila Lengua H
C.C.: 50929405
Firma: [Firma]
Fecha: 13-11-2024

Huella:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 34.979.080
GARCIA CONTRERAS

APELLIDOS
EMMA ROSA

NOMBRES

Emma R. Garcia
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-JUL-1959

MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

25-SEP-1980 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CAROL ARACELI GONZALEZ TORRES



A:1300109-00127730 F:00349/9080-20081114

0005967005A 1

7490021031

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					
EMMA	ROSA	GARCIA	CONTRERAS					
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:		34979080						

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	8.33
Movilidad	75.00
Cuidado Personal	43.75
Relaciones	15.00
Actividades de la Vida Diaria	62.50
Participación	56.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b7600.3 b7601.3 b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales
s730.382 s7302.362 s750.382

3. Codigos Actividades y Participación
d4602.3 d570.3 d879.2



f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

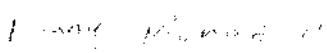
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARABALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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		Secretaria de Salud Municipal	
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024						FECHA DE EXPEDICIÓN: 07/11/2024			
NOMBRES		OTONIEL JOSE ARROYO VASQUEZ				CC No.		6883740	
DIRECCIÓN		CALLE 11 # 5-72 MOCARI						Tel/CEL: 3116604478	
E-MAIL:									
ACOMPAÑANTI:									
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 762796			
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, Otoniel Arroyo, mayor de edad,
 identificado/a con cédula de ciudadanía 6.883.740, domiciliado/a en
Plantana, 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 Otoniel Arroyo Vasquez con #6-883.740 (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: Otoniel Jose Arroyo Vasquez
 C.C.: 6.883.740
 Firma: _____
 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 Equipo Interdisciplinario de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Psicólogo - Fisioterapeuta.

Nombre del profesional: Antonio Morales Diaz
C.C.: 995130859
Firma: [Firma]
Fecha: 13-11-2024

Huella:



Nombre de profesional: Silvana Caraballo Dumas
C.C.: 1067756458
Firma: [Firma]
Fecha: 13-11-2024

Huella:



Nombre del profesional: Maria Margarita Jergua H
C.C.: 504279061
Firma: [Firma]
Fecha: 13-11-2024

Huella:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÓDIGO NACIONAL

6.883.740
ARROYO VASQUEZ
OTONIEL JOSE

Otoniel Arroyo Vasquez



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-MAY-1955

MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75

ESTATURA

A+

G.S. RH

M

SEXO

23-JUL-1979 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRO NACIONAL
JULIO 23 DE 1979



A-1302500-04082170 M 0000000740-201 0000

0000100041A 2

7885427068

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					
OTONIEL	JOSE	ARROYO	VASQUEZ					
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:		6883740						

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	75.00
Cuidado Personal	56.25
Relaciones	10.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	71.88

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b7600.3 b7603.3 b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales
s750.322 s7508.322

3. Codigos Actividades y Participación
d4501.4 d570.3 d879.3



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

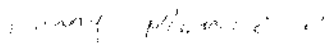
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARABALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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 MULTIDISCILINARIO									
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD									
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaria de Salud Municipal	
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024					FECHA DE EXPEDICIÓN: 27/10/2024				
NOMBRES		ENADYS LUZ CARVAJAL JIMENEZ				CC No.		1003403333	
DIRECCIÓN		MZ X LT 9 BARRIO VILLA ROSARIO					Tel/CEL: 3233860889-3104383002		
E-MAIL:									
ACOMPAÑANTE:			MARGARITA MESTRA VILLA						
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 1178070			
DIRECCIÓN		CALLE 27# 11-74 B/ CHUCHURUBI					Tel/Cel: 310 498 4916		
CONSULTA		Institucional:		x		Domicilio:		E-MAIL: certisolucionesensalud@gmail.com	
APOYO Y AJUSTES		Movilidad:				Comunicación:		Personas de apoyo:	
RECURSOS		MINISTERIO DE SALUD				PROPIOS		x EMPRESA PRIVADA	
Firma:  Nombre: KENNY MUÑOZ CUADRADO Cargo: REFERENTE DE DISCAPACIDAD SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE MONTERIA									

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

Yo, Juan Felipe Sanchez Pineda mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 1067873593, 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 Enadya la Carvajal Jimenez con L. 03-403-333 (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: Enadya la Carvajal Jimenez
C.C.: 1003-403-333
Firma: Enadya Carvajal
Fecha: 13-12-2023

Huella:



SOLUCION 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 Medico - Psicologo - Psicopedagogo.

Nombre del profesional: Antonio Flores Diaz
C.C.: 709730859
Firma: [Firma]
Fecha: 13-11-2024

Huella: 

Nombre del profesional: Silvana Carballo Dams
C.C.: 1007758458
Firma: [Firma]
Fecha: 13-11-2024

Huella: 

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

Huella: 

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DIRECCIÓN NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN

005.403.333
CORPORALES MENENZ

EMERSON LUZ

00000000

Emerson (Corporal) J



FECHA DE NACIMIENTO 08-MAY-1995

MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE RESIDENCIA

1.51

ESTATURA

O+

GRUPO SANG

F

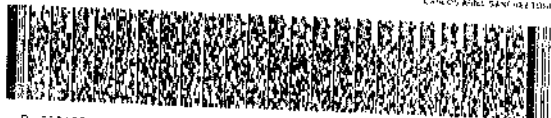
SEXO

13-SEP-2013 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EMISIÓN

#DICI-DEPACHO

EL DICI-DEPACHO NO SE EMITE
EN LOS PAÍSES SANTOS Y TONALES



P 1300100-00184682-T-100340333-20131003

0035257951A *

41041015

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					
ENADYS	LUZ	CARVAJAL	JIMENEZ					
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia							
CÓRDOBA	MONTERÍA							
1.7 Documento de Identidad								
Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: 1003403333

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	X	NO
Intelectual	SI		NO X
Psicosocial (Mental)	SI		NO X
Sordoceguera	SI		NO X
Múltiple	SI	X	NO

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	16.67
Movilidad	50.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	35.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	65.63

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b230.3 b2301.3 b770.1

2. Codigos Estructuras Corporales
s730.182 s7302.382 s7502.323

3. Codigos Actividades y Participación
d4602.3 d570.3 d879.2



f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

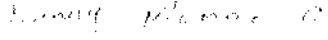
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
SILVANA LUCIA CARAEALLO RAMOS	Psicología	CC-1067956458
MARIA MARGARITA LENGUA HERNANDEZ	Fisioterapia	CC-50927905
ANTONIO JOSE MORALES DIAZ	Medicina	CC-70513045



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

Alcaldía de
MONTERÍA
Secretaría de Salud Municipal

MUNICIPIO DE MONTERIA
GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

ORDEN DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO									
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD									
MUNICIPIO		MONTERIA				ENTIDAD		Secretaria de Salud Municipal	
FECHA DE SOLICITUD: 01/10/2024						FECHA DE EXPEDICIÓN: 31/10/2024			
NOMBRES		MONICA ISABEL JIMENEZ AYAZO				CC No.		34999110	
DIRECCIÓN		DIAG 21 # 1A-24				Tel/CEL:		3137707527-3137087748	
E-MAIL:									
ACOMPañANTE:			DAGOBERTO JIMENEZ						
IPS:		SOLUCIONES EN SALUD IPS				Cód. Autorización: 1279793			
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
	Proceso: Consulta externa	VERSIÓN: 01 FECHA: 01-22-2023

Yo, DARLENE JIMENEZ mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía 786977400, 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 Monica Isabel Jimenez Ayazo con 34.999.119 (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: Monica Isabel Jimenez Ayazo
 C.C.: 34.999.119
 Firma: _____
 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 Equipo multidisciplinario de SOLUCION EN SALUD IPS, en el cargo de Medico - Psicólogo - fisioterapeuta

Nombre de profesional: Marina Morales Dor
C.C.: 70513048
Firma: [Firma]
Fecha: 13-11-2024



Huella:

Nombre del profesional: Silvana Caraballo Pineda
C.C.: 1057756458
Firma: [Firma]
Fecha: 13-11-2024



Huella:

Nombre del profesional: Maria Margarita Lengua H
C.C.: 60927405
Firma: [Firma]
Fecha: 13-11-2024



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 ☐



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido					
MONICA	ISABEL	JIMENEZ	AYAZO					
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:		34999110						

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	50.00
Movilidad	80.00
Cuidado Personal	75.00
Relaciones	80.00
Actividades de la Vida Diaria	100.00
Participación	75.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b210.3 b7602.3 b770.3

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

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
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.