COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Vivienda

ANEXO 1

PARA HOGARES QUE PRESENTEN ALGÚN MIEMBRO
DEL GRUPO FAMILIAR EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD

Responda las siguientes preguntas por cada uno de los miembros del hogar que se encuentre en situación de discapacidad, según lo informado en el formulario de postulación.

INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR			TIPO DE SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD						
APELLIDOS	NOMBRES	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	Presenta alguna alteración física que afecte su movilidad o actividad cotidiana	Presenta Discapacidad Auditiva	Presenta alguna Discapacidad Visual	Presenta alguna Discapacidad por Sordo-ceguera	Presenta alguna Discapacidad intelectual	Presenta alguna Discapacidad psicosocial (mental)	Adjunta certificación médica sobre la Discapacidad que presenta
SOLER	SUSANA ANDREA	CC - 1098606074	Si	No	No	No	Si	No	

DECLARACIÓN

1. Manifiesto libre y voluntariamente como jefe del hogar antes mencionado y de los demás miembros del hogar, que la(s) persona(s) relacionada(s) en el presente documento se encuentra(n) en situación de discapacidad, y que suministró la información y documentación necesaria para establecer el tipo de situación en la que se encuentra.
2. Toda la información aquí suministrada es verídica y se entenderá presentada bajo la gravedad de juramento con su suscripción.
3. Autorizamos para que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones contempladas en la Ley.

Nubia Soler Archila
cc. 1098606074 V/R

FIRMA JEFE DEL HOGAR

NUBIA SOLER ARCHILA
NOMBRE JEFE DEL HOGAR

C.C.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
SUSANA	ANDREA	SOLER	

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
SANTANDER	BUCARAMANGA

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: 1098606074

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ESE ISABU	2024	12	23

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	800084206

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	54.17
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	30.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	40.63

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.2 b1304.2

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d155.2 d640.3 d879.4

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
JOSE LUIS SUAREZ RUEDA	Trabajador Social	CC-1098718464
MARIA FERNANDA BOHORQUEZ BAUTISTA	Psicología	CC-1098777823
LUDWING PEÑA BALLESTEROS	Medicina	CC-91237324

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