Instituto de
Vivienda de Interés Social
y Reforma Urbana
de Bucaramanga

AVALUO DE PREDIO
PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE VIVIENDA, CAMBIA MI CASA
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA

Id Hogar	Identificación	Nombre	Dirección	Cedula catastral	Área predio (m2)	Valor predio ($)	Fuente
457	28258540	PRICILA ADARME MUÑOZ	CARRERA 1A-16AN81	68001010900000218003500000000	60	$ 928.000	Impuesto predial vigencia 2024

Teniendo en cuenta la verificación del avaluó del impuesto predial aportado por el postulada se certifica que **CUMPLE** con los requisitos para la postulación.

Ing. KAREN YULIETH FONSECA JAIMES
Subdirección Técnica INVISBU

Revisó: Arq, Braulio Yesid Botello Muñoz. Cps 2025-020
MP A30682015-1098643145

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
ADARME MUÑOZ	PRISCILA	CC - 28258540	SI						

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.

PRISCILA ADARME MUÑOZ
NOMBRE JEFE DEL HOGAR

PRISCILA ADARME M.
FIRMA JEFE DEL HOGAR



28258540 MOLAGAVITA
C.C.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
PRISCILA		ADARME	MUÑOZ
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: 28258540

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
ESE HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO	2023	10	6

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	890200500

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	45.00
Cuidado Personal	37.50
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	25.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b280.2 b770.1 b780.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s7600.278 s770.270

3. Codigos Actividades y Participación

d4501.2 d598.2 d640.2

50

25