17

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
LUIS	ALBEIRO	CORTES	QUINTERO

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
RISARALDA	PEREIRA

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
				X			

Número de documento de identidad: 6482158

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

RESTREPO Y MEJIA CIMDER SAS

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2024	12	4

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	816000634

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	18.75
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	53.13

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.3 b130.2 b134.2

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d570.2 d598.3 d879.3

Powered by CamScanner

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
JUAN CARLOS RESTREPO MEJIA	Medicina	CC-10105646
INGRID JOHANA TABORDA ZAPATA	Psicología	CC-1088249655
MONICA DEL PILAR RANGEL SUAREZ	Fonoaudiología	CC-1093752267

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

Powered by CamScanner

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
HUMBERTO		FLOREZ	PUERTA

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
RISARALDA	PEREIRA

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: 15520115

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

IESTREPO Y MEJIA CIMDER SAS

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2025	4	30

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

JI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

816000634

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	20.83
Movilidad	75.00
Cuidado Personal	56.25
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	50.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

. Codigos Funciones Corporales

289.3

. Codigos Estructuras Corporales

770.370 s798.370 s799.370

. Codigos Actividades y Participación

570.2 d598.3 d879.2

Powered by CamScanner

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

1. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
JUAN CARLOS RESTREPO MEJIA	Medicina	CC-10105646
MONICA DEL PILAR RANGEL SUAREZ	Fonoaudiología	CC-1093752267
OLGA LUCIA JARAMILLO JARAMILLO	Fisioterapia	CC-52145356

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.

Powered by CamScanner

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
HERNANDO	EMILIO	ZULUAGA	GIRALDO

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
RISARALDA	PEREIRA

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Reg. Civil	Tarjeta de Identidad	Cédula de Ciudadanía	X	Cédula de Extranjería	Pasaporte	Carné Diplomático	Permiso especial de permanencia

Número de Identificación: 7560192B6

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.2 Fecha de la Certificación

2.1 IPS donde se realiza la Certificación	Año	Mes	Día
ESTREPO Y MEJIA IMOFRUSAS	2025	5	12

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
1	816000634

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	50.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	30.00
Relaciones	50.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	50.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

Codigos Funciones Corporales

b122.3 b152.4

Codigos Estructuras Corporales

Codigos Actividades y Participación

d550.2 d598.2 d879.2

Powered by CamScanner

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

I. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
JUAN CARLOS RESTREPO PALACIO	Medicina	CC-1010564646
ERICA DEL PILAR RAMIREZ SUAREZ	Fonoaudiología	CC-1693752267
MARIA LUCIA JARAMILLO JARAMILLO	Fisioterapia	CC-52145156

[illegible] para el reconocimiento de las prestaciones económicas generadas [illegible] Fuerzas Militares, en para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional [illegible]

Identificador: 489104 Generado en: 2025-05-12 05:12:27 PM Pag. 2 de 3

Powered by CamScanner

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
FABIO	DE JESUS	ZULUAGA	OSPINA

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
RISARALDA	PEREIRA

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 9697931

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
ESTREPO Y MEJIA CIMDER SAS	2025	5	12

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
	816000634

c. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	50.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	43.75
Relaciones	25.00
Actividades de la Vida Diaria	25.00
Participación	25.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

Codigos Funciones Corporales

d22.3 b125.2 b126.2

Codigos Estructuras Corporales

Codigos Actividades y Participación

d550.2 d570.1

Powered by CamScanner

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

I PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
N CARLOS BESTRE [illegible]	Medicina	CC-[illegible]5646
NICA DEL PILAR [illegible] SUAREZ	Fonoaudiología	CC 1003752267
A LUCIA JARAMILLO [illegible]	Fisioterapia	CC-52145356

[illegible] para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de [illegible] Riesgos Laborales en caso la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional

Indicador 489097 Generado en 2025-05-12 05:02:33 PM Pag [illegible]

Powered by CamScanner

ASOCIACION CIUDAD FUTURO NIT 900415283-4	SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO REGISTRO DE ENTREGA DOTACIÓN Y DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.	Versión 2

NOMBRES DE LA EMPRESA:	ASOCIACIÓN CIUDAD FUTURO.
NIT:	900415283-4
ELEMENTO ENTREGADO:	DOTACIÓN COMPLETA
EL TRABAJADOR SE COMPROMETE CON:	1. Usar de manera adecuada, de acuerdo a la instrucción dada, y cuidar de los elementos entregados. 2. Solicitar la reposición por deterioro, pérdida de la capacidad de proteger la salud, daño o pérdida. 3. En caso de terminación del contrato laboral por cualquier causa, el trabajador se obliga a la entrega de la dotación. Lo anterior por cuanto en ella se estampan los emblemas de la Empresa. El negarse a usar la Dotación y/o Elementos de Protección Personal, puede conducir a la suspensión o terminación del contrato de trabajo, de acuerdo a lo establecido en la ley laboral.

FECHA DE ENTREGA	NOMBRE COMPLETO	CANTIDAD	FIRMA DEL TRABAJADOR

ASOCIACION CIUDAD FUTURO NIT 900415283-4	SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO REGISTRO DE ENTREGA DOTACIÓN Y DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.	Versión 2

NOMBRES DE LA EMPRESA:	ASOCIACIÓN CIUDAD FUTURO.
NIT:	900415283-4
ELEMENTO ENTREGADO:	DOTACIÓN COMPLETA
EL TRABAJADOR SE COMPROMETE CON:	1. Usar de manera adecuada, de acuerdo a la instrucción dada, y cuidar de los elementos entregados. 2. Solicitar la reposición por deterioro, pérdida de la capacidad de proteger la salud, daño o pérdida. 3. En caso de terminación del contrato laboral por cualquier causa, el trabajador se obliga a la entrega de la dotación. Lo anterior por cuanto en ella se estampan los emblemas de la Empresa. El negarse a usar la Dotación y/o Elementos de Protección Personal, puede conducir a la suspensión o terminación del contrato de trabajo, de acuerdo a lo establecido en la ley laboral.

FECHA DE ENTREGA	NOMBRE COMPLETO	CANTIDAD	FIRMA DEL TRABAJADOR
