



1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
ABRAHAN	JOSE	SOTO	AZCARATE
QUINDIO		ARMENIA	

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	X	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Camet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:				1094982882				

2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	13
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

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

1. Codigos Funciones Corporales

b122.2

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d2500.1 d2501.2 d330.2

**MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ**

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801091449-8	Código: MI-DA-FQ-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

CIUDAD Armenia FECHA: DIA 12 MES 11 AÑO 2022 HORA 100

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO	<u>Abraham Fox 2020</u>
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☒	NÚMERO: <u>1094982892</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>29</u> MES <u>12</u> AÑO <u>2020</u> EDAD <u>4</u>	
EAPS <u>10000000</u> ARL <u>10000000</u>	
PROFESIONAL <u>Diana R. 10000000</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E. para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. Esta profesional del equipo multidisciplinario de salud que participa en la realización de la valoración me informe que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconozcarme como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizará un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevarán a cabo entre ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación e priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Escojo: <u>discapacidad</u>	Revisó: <u>María Carolina</u>	Aprobó: <u>Carolina</u>
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------

 Red Salud Armenia E.S.E.	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO R.T. 881081440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Clínica
-----------------------	---	------------------------	---------------------

códigos de ética de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1995 de 1999 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): Bicodocual.

FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO

Diana P. Izaza

06959

25029895

FIRMA DEL PROFESIONAL

REGISTRO

DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

ANGEL AGUIRRE

NOMBRE DEL ACUDIENTE

Angel Aguirre

FIRMA DEL ACUDIENTE

Mama

PARENTESCO

PT6883651

DOCUMENTO

DESISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E., **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cedula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Elaboró: [Firma]	Revisó: [Firma]	Aprobó: [Firma]
------------------	-----------------	-----------------



1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
NESTOR	ANIBAL	JARAMILLO	ROZO
1.5 Lugar de nacimiento		1.6 País de Residencia	
QUINDIO		ARMENIA	

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de Identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carpet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:			1005252611					

2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	13
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

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	0.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	0.00
Participación	12.50

1. Codigos Funciones Corporales

b122.2 b156.2

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d910.1 d920.1 d940.1



MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT 881661448-8	Código: MS-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Clínica
-----------------------	---	------------------------	---------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Ciudad Armenia fecha del 12 mes 11 año 2025 hora 3:40

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO	<u>Andrés Anibal Jaramillo</u>
TIPO DE IDENTIFICACION	TI <u>CC</u> <u>CE</u> <u>OTRO</u> <u>23</u> NÚMERO <u>101232611</u>
FECHA DE NACIMIENTO	DA <u>25</u> MES <u>05</u> AÑO <u>2001</u> EDAD <u>23</u>
CAPACIDAD	<u>Intelectual</u>
PROFESIONAL	<u>Abogado R. Lora</u>

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 248 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad

Beneficios:

1. El/a profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informe que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizará un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevaran a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos e Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Elaborar documento Revisar: Jairo Contreras Aprobar: Comité de Ética y Bioética

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA OJUNDO RPT. 827887488-8	Código: SS-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento	Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa	Subgerencia Clínica
----------------------	---	-----------------------	---------------------

códigos de ética de cada profesión de salud contemplada, así como la norma de manejo de la historia clínica -resolución 1886 de 1999 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): Psicosocial

Walter Sorcinelli
FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO

David H. Joozo
FIRMA DEL PROFESIONAL

116959
REGISTRO

2502959
DOCUMENTO

Firma de estudiante, acompañante o Representante legal:

Osberto Sorcinelli
FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

PARENTESCO

DOCUMENTO

CONSENTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de RED SALUD ARMENIA E S.E. **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cédula del Paciente: _____

Firma estudiante y/o representante legal: _____

NOTA

1. Los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. Para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Nombre Paciente	Nombre Paciente	Apellido Paciente
-----------------	-----------------	-------------------



1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
ANDERSON	FELIPE	BURBANO	GUERRERO
1.5 Departamento		1.6 Municipio	
QUINDIO		ARMENIA	

2. Documento de Identidad									
Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de Identidad	X	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Paseaporte	Camet diplomático	Permiso especial de permanencia	
Número de documento de identidad:				1059242305					

2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	13
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD					d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO	
Física	SI		NO	X	Dominio	Puntaje
Visual	SI		NO	X	Cognición	29.17
Auditiva	SI		NO	X	Movilidad	0.00
Intelectual	SI	X	NO		Cuidado Personal	0.00
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO		Relaciones	0.00
Sordoceguera	SI		NO	X	Actividades de la Vida Diaria	25.00
Múltiple	SI	X	NO		Participación	14.29

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO	
1. Codigos Funciones Corporales	
b117.2 b122.2	
2. Codigos Estructuras Corporales	
3. Codigos Actividades y Participación	
d161.1 d310.1 d640.1	



**MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ**

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: MI-DA-FO-028
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

CIUDAD: Armenia FECHA: DIA 12 MES 11 AÑO 2023 HORA 2:00

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO:	<u>Anderson Felipe Burbano</u>
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI ☒ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐	NÚMERO: <u>10929609</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>15</u> MES <u>09</u> AÑO <u>2006</u> EDAD <u>17</u>	
EAP: <u>Sanitas</u> ARL	
PROFESIONAL: <u>Diana R. Baza</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2018, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconoceme como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizara un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevaran a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Elaboró: <u>Anderson Felipe Burbano</u>	Revisó: <u>Marjorie Contreras</u>	Aprobó: <u>Carla de las Naciones Unidas</u>
---	-----------------------------------	---

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801001448-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Clínica
-----------------------	---	------------------------	---------------------

códigos de ética de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1888 de 1990 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): Multiple

Anderson Guerrero
FIRMA DEL PACIENTE

1059242305
DOCUMENTO

Diana Y. Loaza
FIRMA DEL PROFESIONAL

126959
REGISTRO

25029887
DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

Erika Patricia Guerrero Ruiz
NOMBRE DEL ACUDIENTE

Erika
FIRMA DEL ACUDIENTE

Mamá
PARENTESCO

1061706694
DOCUMENTO

CONSENTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E, **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cédula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para los mayores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Elaboró: <u>Red Salud Armenia</u>	Revisó: <u>Red Salud Armenia</u>	Aprobó: <u>Red Salud Armenia</u>
-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------



1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
DANNA	MARCELA	LOPEZ	GARCIA
QUINDIO		ARMENIA	

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: 1005094597

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
REDSALUD ARMENIA E.S.E	2025	11	13

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

801001440

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	29.17
Movilidad	50.00
Cuidado Personal	6.25
Relaciones	5.00
Actividades de la Vida Diaria	25.00
Participación	34.38

1. Codigos Funciones Corporales

b117.2 b499.2

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d155.1 d161.2 d879.2



MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

	SÍMBOLO SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO MIT. 891891440-8	Código: MI-DA-FO-028
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Ciudad: Armenia FECHA: DIA 12 MES 11 AÑO 2025 HORA 120.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO: <u>Diana Marcela Lopez</u>	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI <u>CC</u> ☒ CE <u>OTRO</u>	NÚMERO: <u>1005094592</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>25</u> MES <u>08</u> AÑO <u>2000</u> EDAD <u>25</u>	
EAPB: <u>Nuevo IPS</u> ARL	
PROFESIONAL: <u>Diana M. Lopez</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. Esta profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizara un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevaran a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Emisor: <u>Neurologista</u>	Revisor: <u>Neurología Clínica</u>	Aprobó: <u>Comité de Ética Clínica</u>
-----------------------------	------------------------------------	--

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 901001440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Clínica
-----------------------	---	------------------------	---------------------

códigos de ética de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1995 de 1995 y la resolución 13467 de 1991, donde se adapta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): Multiple

Danna M. Lopez-G.
FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO

Monika Izodo
FIRMA DEL PROFESIONAL

126959
REGISTRO

25029835
DOCUMENTO

Plana de acudiente, acompañante o Representante legal:

Veronique Miranda Garcia
NOMBRE DEL ACUDIENTE

Veronique Miranda
FIRMA DEL ACUDIENTE

Madre
PARENTESCO

4194556
DOCUMENTO

DESISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA S.S.S., **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cédula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. las menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para las menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

EMISOR: MULTISPECIAL	REVISOR: MARIA CORREA	APROB: CARLOS DE FREITAS VILLALBA
----------------------	-----------------------	-----------------------------------

Valoración de: DEYSON ESTEBAN MAZO MARTINEZ - CC1004870476 (Mayor de 18 años)

 Criterio 1: Diagnósticos relacionados con la discapacidad 1

 Criterio 2: Exámenes clínicos y paraclínicos 1

 Criterio 3: Causas de las deficiencias

 Criterio 4: 1-Funciones corporales 0 ☒ No presenta deficiencias en Funciones corporales

 Criterio 4: 2-Estructuras corporales 1

 Datos del acompañante 1

 Valoración de limitaciones en las actividades y restricciones en la participación 37 de 37

 Solicitud de información sobre factores personales y ambientales 25 de 25

Resumen del proceso de valoración:

Funciones corporales No presenta deficiencias

Estructuras corporales Seleccionado 1 de 1

Actividades y participación No presenta deficiencias

Síntesis de resultados

 Categoría de Discapacidad

Guardar Valoración

Finalizar valoración

**No se genera certificado dado que no cumple con los dos criterios señalados por la Resolución
Al menos una deficiencia en estructuras y funciones corporales, desde leve hasta completa.
Al menos una limitación en las actividades y restricción en la participación desde leve hasta c**

SISPRO

Dirección:

Carrera 13 # 32-76 (piso 1)

Cundinamarca, Bogotá D.C.

Código Postal: 110311

Horario de atención:

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono

conmutador:

En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2

Resto del país: 018000960020 Opción

Correo de notificaciones judiciales:

notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones



1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
LUIS	ALEJANDRO	MORON	BARRETO
2. Departamento de Residencia		Municipio de Residencia	
QUINDIO		ARMENIA	

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de Identidad	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Camet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:				5883705			

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN					
2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	13
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

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	4.17
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	25.00
Actividades de la Vida Diaria	0.00
Participación	3.57

1. Codigos Funciones Corporales
b117.1 b152.2
2. Codigos Estructuras Corporales
3. Codigos Actividades y Participación
d161.1 d730.1 d7500.2



I. PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN EL PROCESO DE SALUD

MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.



a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JESUS	ORLANDO	MOREANO	CUASMAYAN
QUINDIO		ARMENIA	

b. Documentos de Identidad

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

Número de documento de identidad: 14675721

c. 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
REDSALUD ARMENIA E.S.E	2025	11	13
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	801001440		

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	37.50
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	12.50
Relaciones	50.00
Actividades de la Vida Diaria	0.00
Participación	31.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b122.2 b160.2

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d161.1 d598.2 d879.2



MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD	Código: MS-DA-PO-079
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
Página 1 de 2		

Nombre del Documento:	Características informadas para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Clínica
-----------------------	---	------------------------	---------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

UNIDAD: América FECHA: 15 de may de 2022 Hora: 3:40

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO: <u>Jairo Orlando Trujillo</u>	MAÑANO: <u>17079771</u>
TÍTULO DE IDENTIFICACIÓN: <u>UC</u> <u>1</u> <u>CE</u> <u>1</u> <u>MD</u> <u>1</u>	EDAD: <u>41</u>
FECHA DE NACIMIENTO: <u>12</u> de <u>may</u> de <u>1981</u>	SEXO: <u>M</u>
TIPO DE USUARIO: <u>Usuario</u>	FECHA DE VALORACIÓN: <u>15</u> de <u>may</u> de <u>2022</u>

En cumplimiento a la Ley 1791 de 2018 y la Resolución 245 de 2018, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y consideraciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a MSD SALUD ARMINA E.S.E. para SOLICITAR Y AUTORIZAR lo que me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. Ello justificará del equipo multidisciplinario de salud que participará en la realización de la valoración por equipo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de discapacidad y caracterización de personas con discapacidad, en su libre elección y para el mejor reconocimiento como persona con discapacidad.
2. Me informo que la valoración clínica la realizará un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de mi misma institución, que se realizará en la oficina y se le dará apoyo diagnóstico, así mismo se me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los aspectos que requiero ya valore específicamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ayudas razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se levanen a cabo serán breves y yo, puedo solicitar apoyo de una persona para responder, en caso de consentimiento necesario. También que puedo desistir en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicha certificación es un medio de verificación o preparación para programas sociales y mejorar la oferta de programas institucionales.

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Decidir el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinario que se realiza en este documento legal, suscrito bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

☐ Firmado por el usuario: Jairo Orlando Trujillo
☐ Firmado por el representante legal: Jairo Orlando Trujillo

 Red Salud Armenia...	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO RIT. 801001440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

códigos de ética de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1895 de 1999 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): Psicococial

*Jesús O. G.
FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO

Diana A. Jara
FIRMA DEL PROFESIONAL

126959
REGISTRO

25029885
DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

Olga M. Camacho B.
NOMBRE DEL ACUDIENTE

Olga M. Camacho B.
FIRMA DEL ACUDIENTE

PARENTESCO

30/11/640
DOCUMENTO

DESISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E, **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cedula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con una de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

EMISSO: TENDRUPA	REVISO: MARIA CORTES	APROBO: MARIA CORTES
------------------	----------------------	----------------------



RED SALUD ARMENIA E.S.E.



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257910

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:01 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa

Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

NIT 890000464-3

Ingreso 12405945

Paciente R.C : 1094982882

ABRAHAN JOSE SOTO AZCARATE

Tel: 3215343415 Tipo Especial u Otro

Sexo Masculino

Edad 4 Años / 11 Me

Fecha Ingreso 12 nov. 2025 10:40 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 03:56 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

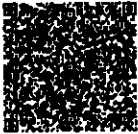
VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló

☐ Pendiente de pago

Cufe: 17adae84bd1c300799dcd5aa8520d313f3622147b38822e511db42bb79017ee208d9e95887d9904813ce740ed1ec302

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150





RED SALUD ARMENIA E.S.E.



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257971

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:37 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa

Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

NIT 890000464-3

Ingreso 12406021

Paciente C.C: 1005252611

NESTOR ANIBAL JARAMILLO ROZO Tel: 3226901995 Tipo Especial u Otro

Sexo Masculino

Edad 23 Años / 4 Me

Fecha Ingreso 12 nov. 2025 11:00 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 02:44 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

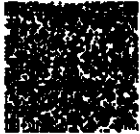
VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló

☐ Pendiente de pago

Cufe: 3a5a14b852ba1a1c97c7f3f8a2d8638662eddbf826e9de35c73f66d00488a8b0082e9f395216184c5b39363990a1db0b

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 202

Usuario Id. :108830215





RED SALUD ARMENIA E.S.E.



Página 1/2

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257951

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:26 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa

Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

NIT 890000464-3

Ingreso 12405976

Paciente T.I.: 1059242305

ANDERSON FELIPE BURBANO
GUERRERO

Tel: 3042089068 Tipo Especial u Otro

Sexo Masculino

Edad 16 Años / 7 Me

Fecha Ingreso 12 nov. 2025 10:47 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 03:15 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

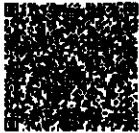
VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló

☐ Pendiente de pago

Cufe: 5d2402d68680f260933cc6dfe1f6f5cb546be8686556987878550166a93b5c0da14e1fd9b8e9b02cedc3966c8a85ac71

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150



	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO MT. 891691449-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA
CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD**

CIUDAD: Armenia FECHA: DIA 12 MES 11 AÑO 2022 HORA 120.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO: <u>Diana Patricia Lopez</u>	NÚMERO: <u>1003044542</u>
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐	
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>25</u> MES <u>08</u> AÑO <u>2000</u> EDAD <u>22</u>	
EAPB: <u>N.T. 13</u> ARL	
PROFESIONAL: <u>Diana P. Lopez</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 248 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizara un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevaran a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos e Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Elaboró: <u>Neidys Patricia</u>	Revisó: <u>Magda Contreras</u>	Aprobó: <u>Comité de Ética y Bioética</u>
---------------------------------	--------------------------------	---

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 861681440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Clínica
-----------------------	---	------------------------	---------------------

códigos de ética de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1995 de 1999 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): Multiple

Danna M. Lopez - G.
FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO

Diana M. Izquierdo
FIRMA DEL PROFESIONAL

126959
REGISTRO

25029895
DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

Veronique Melando Garcia
NOMBRE DEL ACUDIENTE

Veronique Melando Garcia
FIRMA DEL ACUDIENTE

Padre
PARIENTESCO

4194556
DOCUMENTO

DESISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E, **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cedula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Elaboró: <u>Veronique Melando Garcia</u>	Revisó: <u>Veronique Melando Garcia</u>	Aprobó: <u>Veronique Melando Garcia</u>
--	---	---



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257920
Nit: 801001440-8 Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:08 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa
Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001 MUNICIPIO DE ARMENIA
Plan 001183 SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

Dirección CRA 17 16-00
NIT 890000464-3

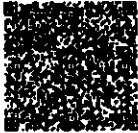
Ingreso **12405914**

Paciente C.C : 1005094597 DANNA MARCELA LOPEZ GARCIA Tel: 3234530340 Tipo Subsidiado
Sexo Femenino Edad 25 Años / 3 Me Fecha Ingreso 12 nov. 2025 10:29 a.m. Fecha Egreso 03 dic. 2025 03:44 p.m.
Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	\$ 168.873,00
VALOR IVA	\$ 0,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	\$ 0,00
VALOR ANTICIPO	\$ 0,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	\$ 0,00
VALOR DESCUENTOS	\$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló
☐ Pendiente de pago

Cufe: ca149a9ee0607e4602bcc35a1f451c1189d6a91fece370640420a75ddf57a17019f7547730b1e8ccee45f8af826733e8

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150



	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801001440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA
CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD**

Ciudad: Armenia FECHA: DIA 12 MES 11 AÑO 2020 HORA 4:10

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO: <u>Deyson Edwin Pizaro</u>	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI _____ CC _____ CE _____ OTRO _____	NÚMERO: <u>1004810476</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>06</u> MES <u>06</u> AÑO <u>2001</u> EDAD <u>24</u>	
SEPS: <u>Nuevo EPS</u> ARL _____	
PROFESIONAL: <u>Diana F. Ibaiza</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E. para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participe en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizará un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevarán a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministra será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Enseña: <u>Armenia</u>	Reside: <u>Armenia</u>	Aprobo: <u>Comité de Historia Clínica</u>
------------------------	------------------------	---

 Red Salud Armenia <small>REDA SALUD ARMENIA</small>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801081448-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
------------------------------	--	-------------------------------	-------------------------------

códigos de ética de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1995 de 1998 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☐ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): _____

Person nato
FIRMA DEL PACIENTE

1004010436
DOCUMENTO

Donat P. Izaza
FIRMA DEL PROFESIONAL

06959
REGISTRO

25029885
DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

Carman Eliza Hualter Rosero
NOMBRE DEL ACUDIENTE

Carman Hualter
FIRMA DEL ACUDIENTE

maria
PARENTESCO

41930094
DOCUMENTO

CONSENTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E, **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cedula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Elaboró: Neurología	Revisó: Neurología	Aprobó: Comité de Ética Clínica
----------------------------	---------------------------	--



RED SALUD ARMENIA E.S.E.



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257984
Nit: 801001440-8 Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:43 p.m.

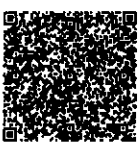
Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa
Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA **IPS** 630010046001
Entidad 63001 MUNICIPIO DE ARMENIA **Dirección** CRA 17 16-00
Plan 001183 **SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO** **NIT** 890000464-3
 INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO **Ingreso** 12406058
 DISCAPACIDAD
Paciente C.C : 1004870476 **DEYSON ESTEBAN MAZO MARTINEZ** **Tel:** 3023444489 **Tipo** Especial u Otro
Sexo Masculino **Edad** 24 Años / 4 Me **Fecha Ingreso** 12 nov. 2025 11:11 a.m. **Fecha Egreso** 03 dic. 2025 02:28 p.m.
Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ **Autorizacion:**

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	\$ 168.873,00
VALOR IVA	\$ 0,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	\$ 0,00
VALOR ANTICIPO	\$ 0,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	\$ 0,00
VALOR DESCUENTOS	\$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



☐ Canceló
☐ Pendiente de pago

GERENTE **FIRMA Y HUELLA PACIENTE**

Cufe: 65856e9540e99d022c8fd92cc0d657aab0eff06bacc7e1a06183083f7d9adbec4a50360ecb4b0bb453c3fe832355c2c3

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO



Valoración de: DEYSON ESTEBAN MAZO MARTINEZ - CC1004870476 (Mayor de 18 años)

 Criterio 1: Diagnósticos relacionados con la discapacidad 1

 Criterio 2: Exámenes clínicos y paraclínicos 1

 Criterio 3: Causas de las deficiencias

 Criterio 4: 1-Funciones corporales 0 ☒ No presenta deficiencias en Funciones corporales

 Criterio 4: 2-Estructuras corporales 1

 Datos del acompañante 1

 Valoración de limitaciones en las actividades y restricciones en la participación 37 de 37

 Solicitud de información sobre factores personales y ambientales 25 de 25

Resumen del proceso de valoración:

Funciones corporales No presenta deficiencias

Estructuras corporales Seleccionado 1 de 1

Actividades y participación No presenta deficiencias

Síntesis de resultados

 Categoría de Discapacidad

Guardar Valoración

Finalizar valoración

**No se genera certificado dado que no cumple con los dos criterios señalados por la Resolución
Al menos una deficiencia en estructuras y funciones corporales, desde leve hasta completa.
Al menos una limitación en las actividades y restricción en la participación desde leve hasta c**

SISPRO

Dirección:

Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono

conmutador:

En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2

Resto del país: 018000960020 Opción

Correo de notificaciones judiciales:

notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

I

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801001440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA
CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD**

CIUDAD: Armenia FECHA: DIA 13 MES 11 AÑO 2023 HORA 1:00

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO: <u>Luis Alejandro Páez</u>	
TIPO DE IDENTIFICACION: TI ☒ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐	NÚMERO: <u>3888705</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>09</u> MES <u>06</u> AÑO <u>2008</u> EDAD <u>16</u>	
EAP: <u>Armenia</u> ARL: <u>Armenia</u>	
PROFESIONAL: <u>Diana R. Jarama</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informe que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconozco me como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizará un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevarán a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación e priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Elaboró: <u>Neides Páez</u>	Revisó: <u>Neides Páez</u>	Aprobó: <u>Comité de Ética y Bioética</u>
-----------------------------	----------------------------	---

 Red Salud Armenia <small>RE CUBANA DE TURQUÍA</small>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO <small>NT. 991891440-8</small>	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

códigos de ética de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1895 de 1999 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el código de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): Multiple

Luis
FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO

[Signature]
FIRMA DEL PROFESIONAL

25029835
REGISTRO

25029835
DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

Ana Maria Barreto
NOMBRE DEL ACUDIENTE

AMB
FIRMA DEL ACUDIENTE

Madre
PARIENTESCO

5883788
DOCUMENTO

DESISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E. **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cédula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uso de sus padres o representante legal
2. para los mayores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Revisado: [Signature]	Revisado: [Signature]	Aprobado: [Signature]
-----------------------	-----------------------	-----------------------



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257977

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:40 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa

Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

**SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD**

NIT 890000464-3

Ingreso 12408067

Paciente Permis 5883705

LUIS ALEJANDRO MORON BARRETO Tel: 3007538864 Tipo Especial u Otro

o_prot

eccion

_temp

oral

Sexo Masculino

Edad 17 Años / 5 Me

Fecha Ingreso 13 nov. 2025 10:04 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 02:33 p.m.

Médico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorización:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

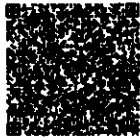
VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ **Canceló**

☐ **Pendiente de pago**

Cufe: 3afcae3904f39d5d8e2458ded2d645d267b317392537ddc27e8790514cf1b423e9a2d3a195f365ee9445fff4215e5ee2

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JESUS	ORLANDO	MOREANO	CUASMAYAN
QUINDIO		ARMENIA	

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de Identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Camet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:			14675721					

2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	13
2.3 Tipo de Entidad Valoradora		2.4 Nro. ID Entidad Valoradora			
NI		801001440			

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	37.50
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	12.50
Relaciones	50.00
Actividades de la Vida Diaria	0.00
Participación	31.25

1. Codigos Funciones Corporales
b122.2 b160.2
2. Codigos Estructuras Corporales
3. Codigos Actividades y Participación
d161.1 d598.2 d879.2



MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ADICIONA QUINQUE NOS 2019/01/01	Código: MD-01-PO-001
		Versión: 1
		Fecha de actualización: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
Página 1 de 2		

Nombre del Beneficiario	Caracterización Informada para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa	Subgerencia Clasificación
----------------------------	---	--------------------------	------------------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

Urbano: Amorosa Fecha: 15 de Marzo del 2022 Hora: 3:40

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO: <u>Juan Orlando Moreno</u>	MASSO: <u>17675111</u>
TÍTULO DE IDENTIFICACIÓN: <u>CC</u>	FECHA DE NACIMIENTO: <u>13</u> de <u>Marzo</u> del <u>1984</u>
FECHA DE NACIMIENTO: <u>13</u> de <u>Marzo</u> del <u>1984</u>	EDAD: <u>41</u>
FECHA DE NACIMIENTO: <u>13</u> de <u>Marzo</u> del <u>1984</u>	FECHA DE NACIMIENTO: <u>13</u> de <u>Marzo</u> del <u>1984</u>

En cumplimiento a la Ley 1791 de 2013 y la Resolución 245 de 2018, le voy informando oportuna y anticipadamente los riesgos, beneficios y consideraciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que otorgo a **RED SALUD AMERICA E.S.E.** para **SOLICITAR Y AUTORIZAR** se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Consideraciones:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participe en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de identificación y caracterización de personas con discapacidad, se me hará conocido y parte de mis responsabilidades como persona con discapacidad.
2. Me informo que la valoración clínica se realizará en un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basará en la historia clínica y la realización de pruebas diagnósticas, así mismo de mi parte una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los equipos que requiero yo valore objetivamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tener documentos, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se levanen a cabo serán breves y yo, puedo solicitar apoyo de una persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo desistir en el momento que lo requiera, que no hay consecuencias buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para generar políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicha certificación es un medio de verificación o protección para programas sociales y mejorar la oferta de programas institucionales.

Interrogio o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Decidir el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: No otorgo la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinario, manifiesto en este documento legal, otorgado bajo el principio de autonomía, otorgado en la constitución política de Colombia y

Red Salud America E.S.E. Red Salud America E.S.E. Red Salud America E.S.E.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO INT. 801001440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Clínica
-----------------------	---	------------------------	---------------------

códigos de ética de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1995 de 1999 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): Psicococial

x Jesufo. G.
FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO

Diana A. Wado
FIRMA DEL PROFESIONAL

126959
REGISTRO

25029885
DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

Maria M. Cuervo
NOMBRE DEL ACUDIENTE

Maria M. Cuervo
FIRMA DEL ACUDIENTE

Abuelo
PARENTESCO

30411640
DOCUMENTO

DESISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E. DECIDO NO AUTORIZAR el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cédula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Elaboró: Inesapoda	Revisó: Mónica Contreras	Aprobó: Centro de Vigilancia Clínica
--------------------	--------------------------	--------------------------------------



RED SALUD ARMENIA E.S.E.



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257943

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:21 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa

Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

NIT 890000464-3

Ingreso 12408303

Paciente C.C : 14675721

JESUS ORLANDO MOREANO
GUASMAYAN

Tel: 3234124971 Tipo Especial u Otro

Sexo Masculino

Edad 41 Años / 7 Me

Fecha Ingreso 13 nov. 2025 11:02 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 03:24 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorización:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

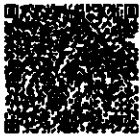
VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló
☐ Pendiente de pago

Cufe: 7e7145e696c7eeebc7dabed76a5906e98ddcbcf63c7102d7ae04061aaa6d9b42f749002329f2d6bfaa7756fc1d4065

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
MATEO		PEREZ	ECHEVERRI
QUINDIO		ARMENIA	

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de Identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Passaporte	Camet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:			1006201589					

2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	13
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

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	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	10.00
Actividades de la Vida Diaria	0.00
Participación	21.88

a. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO		
1. Codigos Funciones Corporales		
b265.1 b7301.2 b761.1		
2. Codigos Estructuras Corporales		
s120.156		
3. Codigos Actividades y Participación		
d730.2		



MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801001440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

CIUDAD: Armenia FECHA: DIA 13 MES 11 AÑO 2019 HORA 3:20

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO: <u>Marco Paz Ceballos</u>	NÚMERO: <u>1006201589</u>
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI <u>CC</u> ☒ CE <u>OTRO</u>	
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>09</u> MES <u>12</u> AÑO <u>2000</u> EDAD <u>21</u>	
EAPB: <u>Sancti</u> ARL	
PROFESIONAL: <u>Diana P. -15220</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconoceme como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizara un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevaran a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Elaboro: <u>Neurologista</u>	Reviso: <u>Neurología</u>	Aprobo: <u>Comité de Personas con Discapacidad</u>
------------------------------	---------------------------	--

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT 901001440-2	Código: M-DA-FO-009
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento	Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa	Subgerencia Clínica
----------------------	---	-----------------------	---------------------

Urbigra de ética de cada profesión de salud regulada así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1995 de 1993 y la resolución 13437 de 1991 donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información por favor no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): FÍSICA

Milw Pineda E
FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO

Alfonso H. Jorda
FIRMA DEL PROPIETARIO

06939
REGISTRO

25029887
DOCUMENTO

Firma de estudiante, acompañante o Representante legal:

Alfonso Jorda Cheverry U.
NOMBRE DEL ACUDIENTE

Celli
FIRMA DEL ACUDIENTE

Modie
PARENTESCO

87559750
DOCUMENTO

DESISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informado ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de RED SALUD ARMENIA E. S. E., **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia

Firma y Dato del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA

- Los menores de edad o por de 17 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
- Para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

FIRMA RESPONSABLE	FIRMA EQUIPO CLINICO	FIRMA COORDINADOR CLINICO
-------------------	----------------------	---------------------------



RED SALUD ARMENIA E.S.E.



Página 1/2

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257941
Nit: 801001440-8 Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:20 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa
Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001 MUNICIPIO DE ARMENIA
Plan 001183 SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

Dirección CRA 17 16-00
NIT 890000464-3

Ingreso 12408281

Paciente C.C : 1006201589 MATEO PEREZ ECHEVERRY Tel: 3182270959 Tipo Especial u Otro
Sexo Masculino Edad 22 Años / 0 Me Fecha Ingreso 13 nov. 2025 10:56 a.m. Fecha Egreso 03 dic. 2025 03:26 p.m.
Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	\$ 168.873,00
VALOR IVA	\$ 0,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	\$ 0,00
VALOR ANTICIPO	\$ 0,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	\$ 0,00
VALOR DESCUENTOS	\$ 168.873,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló
☐ Pendiente de pago

Cufe: 02fdd30950a4226fb18955e6bdc98905b11c078f596effa53021215f8205617723107315553f3abfea472984371ca88

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025
Usuario Id. :108830215





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
SCARLETT		VIVEROS	ECHEVERRY
QUINDIO		ARMENIA	

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	X	Tarjeta de Identidad	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Passaporte	Camet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:				1094982817				

2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	13
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

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

1. Codigos Funciones Corporales
b122.2
2. Codigos Estructuras Corporales
3. Codigos Actividades y Participación
d133.2 d330.2 d710.2

MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801801446-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Clínica
----------------------	---	------------------------	---------------------

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA
CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD**

Ciudad Armenia FECHA: DIA 13 MES 11 AÑO 2023 HORA 3:00

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO <u>María Ivonne Echaverry</u>	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI <u>CC</u> CE <u>OTRO</u>	NÚMERO: <u>1094982813</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>10</u> MES <u>01</u> AÑO <u>2010</u> EDAD <u>4</u>	
EAP: <u>Sanitas</u>	
PROFESIONAL <u>Diana A. Baza</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 248 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocemos como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizará un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevaran a cabo entre ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos e Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Emisor: <u>Neurologista</u>	Revisor: <u>Mayra Contreras</u>	Aprobado: <u>Consejo de Residentes Clínicos</u>
-----------------------------	---------------------------------	---

 Red Salud Armenia	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 881881448-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Clínica
-----------------------	---	------------------------	---------------------

códigos de áreas de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1905 de 1990 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se lo atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): Psicosocial

FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO

Diana H. Jara
FIRMA DEL PROFESIONAL

126959
REGISTRO

25029887
DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

Rosalba S. Rana E.
NOMBRE DEL ACUDIENTE

Rosalba S. Rana E.
FIRMA DEL ACUDIENTE

Madre
PARENTESCO

DOCUMENTO

DESISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E., **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cedula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Elaboró: [Firma]	Revisó: [Firma]	Aprobó: [Firma]
------------------	-----------------	-----------------



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257965
Nit: 801001440-8 Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:35 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa
Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

**SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD**

NIT 890000464-3

Ingreso 12408236

Paciente R.C : 1094982817

SCARLETT VIVEROS ECHEVERRY

Tel: 3207451410 **Tipo** Especial u Otro

Sexo Femenino

Edad 4 Años / 10 Me

Fecha Ingreso 13 nov. 2025 10:52 a.m.

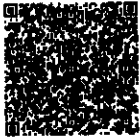
Fecha Egreso 03 dic. 2025 02:48 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873
VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS						\$ 168.873,00
VALOR IVA						\$ 0,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION						\$ 0,00
VALOR ANTICIPO						\$ 0,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO						\$ 0,00
VALOR DESCUENTOS						\$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO						\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló
☐ Pendiente de pago

Cufe: 27eac64ee9f80e1fe7cb1f07757bead456f602cf09ed5a9da26b58303b644dd75a658e35225da7540f1bafa3ed5e4160

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. : 1088302150





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
SAMUEL		VALENCIA	RIOS
QUINDIO		ARMENIA	

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	X	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carpet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:				1092461536				

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E	Año	Mes	Día
	2025	11	13
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	801001440		

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	29.17
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	20.00
Actividades de la Vida Diaria	13.89
Participación	17.86

1. Codigos Funciones Corporales

b122.2

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d155.2 d7500.2 d820.2



MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO: ARMENIA QUINDIO N° 801001440-S	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
------------------------------	---	-------------------------------	------------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

CIUDAD: Armenia FECHA: DIA 13 MES 11 AÑO 2025 HORA 2:00

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO: <u>Samuel Valencia Diaz</u>	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI ☒ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐	NÚMERO: <u>1092461736</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>31</u> MES <u>01</u> AÑO <u>2011</u> EDAD <u>14</u>	
EAPB: <u>019</u> ARL	
PROFESIONAL: <u>Dana F. Baza</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

- Este profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad
- Me informo que la valoración clínica la realizara un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiera y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
- Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
- Me informo que las preguntas que se llevarán a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
- Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Elabora: <u>Red Salud Armenia</u>	Revisa: <u>Mayra Contreras</u>	Aproba: <u>Comité de Ética y Bioética</u>
--	---------------------------------------	--

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 001001448-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

códigos de éstas de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1905 de 1989 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): Psicosocial

Samuel Valencia Ríos
FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO

Diana H. Jara
FIRMA DEL PROFESIONAL

126959
REGISTRO

2502988
DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

William Valencia Mina
NOMBRE DEL ACUDIENTE

Padre
FIRMA DEL ACUDIENTE

Padre
PARENTESCO

79851951
DOCUMENTO

CONSENTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E. **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cédula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Elaboró: Neidespina	Revisó: Mayra Cordero	Aprobó: Comité de Historia Clínica
---------------------	-----------------------	------------------------------------



RED SALUD ARMENIA E.S.E.



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257923
Nit: 801001440-8 Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:10 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa
Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001 MUNICIPIO DE ARMENIA
Plan 001183 SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

Dirección CRA 17 16-00
NIT 890000464-3

Ingreso 12408212

Paciente T.I: 1092461536 SAMUEL VALENCIA RIOS Tel: 3158921556 Tipo Especial u Otro
Sexo Masculino Edad 14 Años / 10 M Fecha Ingreso 13 nov. 2025 10:45 a.m. Fecha Egreso 03 dic. 2025 03:41 p.m.
Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ Autorización:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	\$ 168.873,00
VALOR IVA	\$ 0,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	\$ 0,00
VALOR ANTICIPO	\$ 0,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	\$ 0,00
VALOR DESCUENTOS	\$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



[Handwritten Signature]

GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló
☐ Pendiente de pago

Cufe: 604b24c155fc429e707acbe6fe9b9c5d523ad6284f391d5436b1913c77c9c18d421d30acbc1aa734430d9c5aa662cf1f

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO



	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA
CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD**

CIUDAD: Armenia FECHA: DIA 18 MES 11 AÑO 2022 HORA 1400

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO: <u>gladio morio</u>	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI <u>CC</u> Y CE <u>OTRO</u>	NÚMERO: <u>24499915</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>20</u> MES <u>08</u> AÑO <u>69</u>	EDAD <u>76</u>
EAP: <u>NCEOA EPS</u> ARL	
PROFESIONAL: <u>Diana R. 2022</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. Esta profesional del equipo multidisciplinario de salud que participa en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizará un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevarán a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Exhibido: <u>Insotraspeum</u>	Revisó: <u>Mejora Continua</u>	Aprobó: <u>Comité de Resoluciones Clínicas</u>
-------------------------------	--------------------------------	--

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 901091440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Clínica
-----------------------	---	------------------------	---------------------

códigos de ética de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1995 de 1999 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☐ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): _____

X Glados Osorio O. 24 497 915
FIRMA DEL PACIENTE DOCUMENTO

Diana T. Tzuc 26959 25029885
FIRMA DEL PROFESIONAL REGISTRO DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

Nayra Alejandra Vazquez Acosta
NOMBRE DEL ACUDIENTE

Nayra Alejandra Vazquez Hija 1094842707
FIRMA DEL ACUDIENTE PARENTESCO DOCUMENTO

DESISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E., **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cedula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Elaboró: THERESA PEREZ	Revisó: MIGUEL CARRERA	Aprobó: COMITÉ DE FESIONES CLÍNICAS
------------------------	------------------------	-------------------------------------

Solicitud de información sobre factores personales y ambientales

Choosing the new methodology

■ Categoriye de Discapacidad

100

519,114,000



RED SALUD ARMENIA E.S.E.



Página 1/2

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257974

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:38 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa

Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

NIT 890000464-3

Ingreso 12413600

Paciente C.C: 24497915

GLADYS OSORIO ORREGO

Tel: 3183449228 Tipo Especial u Otro

Sexo Femenino

Edad 56 Años / 8 Me

Fecha Ingreso 18 nov. 2025 11:15 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 02:35 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló
☐ Pendiente de pago

Cufe: 9fb8360fd907668a5064bbe6372bddaeaed8072cbffc151f76416a4f6780c91c4bee9187afe5a9ecb0384c7aa2b18571

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150



FACTURADOR: RED SALUD ARMENIA E.S.E. NIT 801001440-8



1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
LUIS	ALFREDO	TABARES	MARIN
QUINDIO		ARMENIA	

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:				7501671				

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E	Año	Mes	Día
	2025	11	18
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	801001440		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD				
Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO	
Dominio	Puntaje
Cognición	100.00
Movilidad	90.00
Cuidado Personal	100.00
Relaciones	100.00
Actividades de la Vida Diaria	100.00
Participación	68.75

1. Codigos Funciones Corporales

b122.2 b164.2 b410.2

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d4600.4 d598.4 d879.4



MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 901861448-8	Código: MI-DA-PO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Clínica
-----------------------	---	------------------------	---------------------

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA
CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD**

CIUDAD: Armenia FECHA: DIA 18 MES 11 AÑO 2022 HORA 4:00

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO: <u>LUZ Alfredo Labare</u>	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI <u>CC</u> ☒ CE <u>OTRO</u>	NÚMERO: <u>9501041</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>03</u> MES <u>06</u> AÑO <u>42</u> EDAD <u>83</u>	
EAP: <u>Armenia</u> ARL	
PROFESIONAL: <u>Diana R. Jara</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 248 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. Esta profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizará un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevarán a cabo entre ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Elabora: <u>Neolirapuma</u>	Revisó: <u>Mayra Contreras</u>	Aprobó: <u>Comité de Ética y Bioética</u>
-----------------------------	--------------------------------	---

 Red Salud Armenia...	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO MT. 881801446-S	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Clínica
-----------------------	---	------------------------	---------------------

códigos de ética de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1985 de 1991 y la resolución 19457 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): Multiple

FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO

Diana María Tabares Díaz
FIRMA DEL PROFESIONAL

126929
REGISTRO

25029885
DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

Diana María Tabares Díaz
NOMBRE DEL ACUDIENTE

Diana María Tabares
FIRMA DEL ACUDIENTE

Hija
PARIENTESCO

41946-440
DOCUMENTO

DESISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E, **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cedula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

EMPRESA: REDSALUD ARMENIA	ENTIDAD: ENTIDAD COORDINADORA	APROBADO: COMITÉ DE ÉTICA Y CALIDAD
---------------------------	-------------------------------	-------------------------------------



RED SALUD ARMENIA E.S.E.



Página 1/2

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257865

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 01:29 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa

Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

NIT 890000464-3

Ingreso 12414241

Paciente C.C : 7501671

LUIS ALFREDO TABARES MARIN

Tel: 3016043692 Tipo Especial u Otro

Sexo Masculino

Edad 83 Años / 5 Me

Fecha Ingreso 18 nov. 2025 02:44 p.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 01:20 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

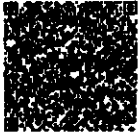
VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló
☐ Pendiente de pago

Cufe: 8ee0397ee6e47be015269f1636728e90924abb7d67ca7e6fe489c5e311aa59112a04a92ac76a848aaec4748b93ab4471

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
ALBA	LUCIA	CASTAÑEDA	USMA
QUINDIO		ARMENIA	

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Camet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:				29330971				

2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	18
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

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	60.00
Cuidado Personal	31.25
Relaciones	5.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	31.25

1. Codigos Funciones Corporales

b280.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s7600.278

3. Codigos Actividades y Participación

d4600.2 d598.1 d879.2



MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT 891881448-8	Código: MI-DA-PO-028
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento	Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Clínica
----------------------	---	------------------------	---------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Ciudad Armenia FECHA DIA 18 MES 11 AÑO 2022 HORA 1:00

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO <u>Alba Lucia Osorio</u>	NÚMERO <u>29335941</u>
TIPO DE IDENTIFICACIÓN TI <u>CC</u> Y CE <u>OTRO</u>	
FECHA DE NACIMIENTO DIA <u>20</u> MES <u>11</u> AÑO <u>62</u> EDAD <u>63</u>	
EAPB <u>Armenia</u> ARL <u>Armenia</u>	
PROFESIONAL <u>Diana Piñero</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2018, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E S E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad.
2. Me informo que la valoración clínica la realizará un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevaran a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales.

Riesgos e Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Firma: <u>Alba Lucia Osorio</u>	Firma: <u>Diana Piñero</u>	Aprobo: <u>Consejo de Vigilancia Clínica</u>
---------------------------------	----------------------------	--

 Red Salud Armenia...	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801001440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

códigos de ética de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1985 de 1998 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): FURCA

Alba Luinacatani 29330976
FIRMA DEL PACIENTE DOCUMENTO

Dianora J. J. 2020 126959 25029895
FIRMA DEL PROFESIONAL REGISTRO DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

NOMBRE DEL ACUDIENTE

FIRMA DEL ACUDIENTE PARENTESCO DOCUMENTO

DESISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E., DECIDO NO AUTORIZAR el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cedula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Elaboró: MIRONNEPURA	Revisó: MIRONNE CORREAS	Aprobó: Comité de Historia Clínica
----------------------	-------------------------	------------------------------------



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257968

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:36 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa

Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

**SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD**

NIT 890000464-3

Ingreso 12413567

Paciente C.C : 29330971

ALBA LUCIA CASTAÑEDA USMA

Tel: 3136693195 Tipo Especial u Otro

Sexo Femenino

Edad 63 Años / 0 Me

Fecha Ingreso 18 nov. 2025 11:05 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 02:46 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

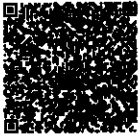
VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló
☐ Pendiente de pago

Cufe: 8b56580ec8686fad7e56328248700fe8b1693afdd86f561905442113f64c17260200b2af3ffd575c3fce697e5f8025f

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
SAMUEL		AGUDELO	LOPEZ
1.5 Departamento		1.6 Ciudad	
QUINDIO		ARMENIA	

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

Número de documento de identidad: 1097409287

2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	18
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

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	25.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	6.25
Relaciones	30.00
Actividades de la Vida Diaria	25.00
Participación	25.00

1. Codigos Funciones Corporales
b122.2
2. Codigos Estructuras Corporales
3. Codigos Actividades y Participación
d161.1 d730.1 d820.1

MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801801440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Verión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Clínica
-----------------------	---	------------------------	---------------------

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA
CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD**

Ciudad: Armenia FECHA: DIA 18 MES 1 AÑO 2021 HORA 2:00

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO: <u>Samuel Aquileo Lopez</u>	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI ☒ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐	NÚMERO: <u>100740912</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>01</u> MES <u>01</u> AÑO <u>2019</u> EDAD <u>6</u>	
EAP: <u>200</u>	
PROFESIONAL: <u>Diana R. Jarama</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E., para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizará un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevarán a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Elaboró: <u>Isidoro Zapata</u>	Revisó: <u>Mayra Contreras</u>	Aprobó: <u>Consejo de Rectoría Clínica</u>
--------------------------------	--------------------------------	--

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801001440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

códigos de ética de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1996 de 1999 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): Parcial.

FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO

Donato J. Izoaga
FIRMA DEL PROFESIONAL

126959
REGISTRO

25029885
DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

Donc Elicur Ayala de
NOMBRE DEL ACUDIENTE

Donc E. Ayala
FIRMA DEL ACUDIENTE

Padre
PARENTESCO

4372280
DOCUMENTO

DESENTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA S.S.E., **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cédula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Elaboró: TROBAMPANA	Revisó: Nájara Contreras	Aprobó: Comité de Historia Clínica
---------------------	--------------------------	------------------------------------



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257972

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:37 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa

Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

**SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD**

NIT 890000464-3

Ingreso 12413544

Paciente R.C: 1097409287

SAMUEL AGUDELO LOPEZ

Tel: 3104912459 Tipo Especial u Otro

Sexo Masculino

Edad 6 Años / 11 Me

Fecha Ingreso 18 nov. 2025 10:58 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 02:43 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorización:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

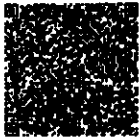
VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló
☐ Pendiente de pago

Cufe: 02a03583a0b9e8f022e49b95dbaa50df0f120905291974eae993325f6161de20748462309590925a3a18fd320a1bc26eb

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
ORLANDO		GOMEZ	
QUINDIO		ARMENIA	

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Camet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:			7499822					

2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	18
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD				
Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO	
Dominio	Puntaje
Cognición	100.00
Movilidad	100.00
Cuidado Personal	100.00
Relaciones	100.00
Actividades de la Vida Diaria	100.00
Participación	65.63

1. Codigos Funciones Corporales

b122.2 b164.3 b280.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s7500.258

3. Codigos Actividades y Participación

d161.4 d4602.4 d598.4



**MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ**

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

 Red Salud Armenia	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 901001440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
------------------------------	--	-------------------------------	-------------------------------

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA
CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD**

CIUDAD: Armenia **FECHA:** DIA 18 MES 11 AÑO 2015 **HORA:** 1:30

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO: <u>Orlando Gomez</u>	
TIPO DE IDENTIFICACION: TI <u>CC</u> <u>VCE</u> <u>OTRO</u>	NÚMERO: <u>7499822</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>15</u> MES <u>08</u> AÑO <u>47</u> EDAD: <u>80</u>	
EAPS: <u>Armenia</u> ARL: <u>Armenia</u>	
PROFESIONAL: <u>Diana M. Jarama</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2016 y la Resolución 246 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E. para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconozco como persona con discapacidad.
2. Me informo que la valoración clínica la realizara un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevaran a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales.

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Emisor: <u>Neurología</u>	Revisor: <u>Neurología</u>	Aprobador: <u>Comité de Ética</u>
----------------------------------	-----------------------------------	--

 Red Salud Armenia...	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801081446-5	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

códigos de ética de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1995 de 1999 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): TxwT, ple

FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO

Donorrt. Joozo

126979
REGISTRO

25029885
DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

Sal Patricia Carvajal
NOMBRE DEL ACUDIENTE

Sal Patricia Carvajal
FIRMA DEL ACUDIENTE

Espasa
PARIENTESCO

41907841
DOCUMENTO

DESENTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E, DECIDO NO AUTORIZAR el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cédula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Elaboró: <u>Red Salud Armenia</u>	Revisó: <u>Red Salud Armenia</u>	Aprobó: <u>Comité de Red Salud Armenia</u>
-----------------------------------	----------------------------------	--



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257985

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:43 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa

Teléfono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

**SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD**

NIT 890000464-3

Ingreso 12413583

Paciente C.C : 7499822

ORLANDO GOMEZ

Tel: 3042632444 Tipo Subsidado

Sexo Masculino

Edad 80 Años / 3 Me

Fecha Ingreso 18 nov. 2025 11:10 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 02:27 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorización:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ CANCELÓ

☐ PENDIENTE DE PAGO

Cufe: 7ec29d8d8c53c825f7a8cd8056e1a18e2b3bc66b4458c4b3055995f9fdaf683587b6c2925c8fd77f3624cd147e76fed2

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150



	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

CIUDAD Armenia FECHA: DIA 01 MES 11 AÑO 2022 HORA 3:00

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO <u>luzmila Sacedra</u>	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI <u>CC</u> CE <u>OTRO</u>	NÚMERO: <u>24489432</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>04</u> MES <u>11</u> AÑO <u>93</u> EDAD <u>29</u>	
EAPS <u>Sanitas</u> ARL	
PROFESIONAL <u>Diana R. Daza</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizara un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevaran a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Elaboró: fisioterapeuta	Revisó: MSc. JA Contreras	Aprobó: Comité de Etica Clínica
-------------------------	---------------------------	---------------------------------

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801001440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Clínica
-----------------------	---	------------------------	---------------------

códigos de ética de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1995 de 1999 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☐ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): _____

Luzmila Saavedra de Pineda 24.484.432
FIRMA DEL PACIENTE DOCUMENTO

Diana A. Izaza 126959 25029885
FIRMA DEL PROFESIONAL REGISTRO DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

NOMBRE DEL ACUDIENTE

FIRMA DEL ACUDIENTE PARENTESCO DOCUMENTO

DESISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E. DECIDO NO AUTORIZAR el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cedula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Elaboró: Historiadora _____ Revisó: Norma Carmona _____ Aprobó: Comité de Historias Clínicas _____



RED SALUD ARMENIA E.S.E.



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257942

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:21 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa

Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

NIT 890000464-3

Ingreso 12415842

Paciente C.C : 24484432

LUCELIA SAAVEDRA DE ARIAS

Tel: 3154744433 Tipo Especial u Otro

Sexo Femenino

Edad 72 Años / 0 Me

Fecha Ingreso 19 nov. 2025 10:55 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 03:25 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló

☐ Pendiente de pago

Cufe: 08ad3b119edf2ea040bcd11e727957b53efc8415e116a8b143d715659ecbf7f0368450a3e1a9ac0ecc9e5d33a03034f2

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
ANLLY	DANIELA	SAENZ	GIRALDO
QUINDIO		ARMENIA	

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carpet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:			1090272975					

2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	19
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

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	6.25
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	3.13
Participación	21.88

SIGNAMIENTOS	
1. Codigos Funciones Corporales	
b210.3	
2. Codigos Estructuras Corporales	
s2201.273 s2203.273	
3. Codigos Actividades y Participación	
d4602.2 d640.1 d879.2	

MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

 Red Salud Armenia...	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801001446-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

CIUDAD: Armenia FECHA: DIA 19 MES 11 AÑO 2022 HORA 120

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO: <u>Anily Dorela Jaent</u>	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI <u>CC</u> CE <u>OTRO</u>	NÚMERO: <u>1090272917</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>19</u> MES <u>06</u> AÑO <u>2000</u> EDAD <u>20</u>	
EAP: <u>Armenia E.S.E.</u> ARL	
PROFESIONAL: <u>Diana H. Waza</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizara un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se le veran a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Consentido: <u>Valores</u>	Revisado: <u>Valores</u>	Aprobado: <u>Comité de Resolución</u>
----------------------------	--------------------------	---------------------------------------

 <p>Ministerio de Salud</p>	<p>ESTIMADA SEÑORA POR SISTEMA AUTOMATIZADO DE RESPUESTAS</p>	<p>Código de identificación Número 1 Fecha de nacimiento 01/11/1944 Fecha de expedición 01/11/1944 Página 1 de 1</p>
--	---	--

<p>Ministerio del Ejército</p>	<p>Comando en Jefe para Valación por Equipo Multidisciplinario para Certificación de Incapacidad</p>	<p>Unidad Administrativa</p>	<p>Procedimiento (Artículo 1)</p>
------------------------------------	--	----------------------------------	---------------------------------------

En virtud de la Ley de la Salud profesional de salud ocupacional, del cual se deriva el derecho de la persona a la salud, se le garantiza la resolución 13437 de 1991, de acuerdo al artículo 14 del Código de Procedimiento Civil de la Nación.

CONSTANCIA: Se otorga de los datos personales de la persona que se encuentra en el presente momento de la vida, se le garantiza la resolución 13437 de 1991, de acuerdo al artículo 14 del Código de Procedimiento Civil de la Nación.

☐ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición):

Patricia 209022475
FIRMA DEL PACIENTE EXAMENADO

Amor 126959 22029855
FIRMA DEL FOLIO ESPECIAL ASISTENTE EXAMENADO

Firma de estudiantes, acompañante a Representante legal.

Lea Adriane
FIRMA DEL ALUMNO

Julia 33815844
FIRMA DEL ALUMNO PARENTAL EXAMENADO

DESENTENDIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE INCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ años de edad, manifiesto en forma expresa que tengo de por sí suficiente capacidad para los trabajos, actividades, obligaciones y responsabilidades que me corresponden para la valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de NEOSALUD ARMAHA S. R. L. DECIDO AUTORIZAR al representante legal.

Firma del paciente

Firma y Caratula del Paciente

Firma estudiante y/o representante legal

NOTA:

1. Los estudiantes de edad a partir de 12 años deben firmar con una de las firmas o representantes legales.
2. Para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representantes legales.

ESTIMADA SEÑORA POR SISTEMA AUTOMATIZADO DE RESPUESTAS



RED SALUD ARMENIA E.S.E.



Página 1/2

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257989

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:47 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa

Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

NIT 890000464-3

Ingreso 12415790

Paciente C.C : 1090272975

ANLLY DANIELA SAENZ GIRALDO

Tel: 3234334557 Tipo Especial u Otro

Sexo Femenino

Edad 20 Años / 5 Me

Fecha Ingreso 19 nov. 2025 10:45 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 02:26 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló
☐ Pendiente de pago

Cufe: bf62ba69bb2fec42538e4a0ef8e520417de097a20cbf914748aef4a14bb06c035a55788be1aa7ae7e1db3c33aa9630b7

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150



FACTURADO A: RED SALUD ARMENIA E.S.E. NIT: 801001440-8

.



1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
FRANCISCO	JAVIER	LUGO	ORTIZ
1.5 Departamento		1.6 Ciudad	
QUINDIO		ARMENIA	

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de Identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carpet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:				7535452				

2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	19
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD				
Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI		NO	X
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO	
Dominio	Puntaje
Cognición	12.50
Movilidad	50.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	43.75
Participación	34.38

* PERFIL DE FUNCIONAMIENTO	
1. Codigos Funciones Corporales	
b760.3 b765.3 b770.2	
2. Codigos Estructuras Corporales	
3. Codigos Actividades y Participación	
d155.1 d4602.2 d570.2	



MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801001440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Ciudad Armenia FECHA: DIA 19 MES 11 AÑO 2023 HORA 2:40

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO: <u>Tronzo Faver lugo</u>	NÚMERO: <u>1335402</u>
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI <u>CC</u> CE <u>OTRO</u>	
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>29</u> MES <u>11</u> AÑO <u>60</u> EDAD <u>65</u>	
EAPS: <u>EPJ</u> ARL <u>PI. 13090</u>	
PROFESIONAL: <u>Diana P. 13090</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

- El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participe en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad
- Me informo que la valoración clínica la realizará un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
- Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
- Me informo que las preguntas que se llevaran a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
- Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además, dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Entendido: <u>Tronzo Faver lugo</u>	Riesgos: <u>NINGUNO</u>	Aprobo: <u>COMITÉ DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD</u>
-------------------------------------	-------------------------	--

 Red Salud Armenia... <small>PA CIPDA DE 19907</small>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO <small>INT. 801001440-8</small>	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
------------------------------	--	-------------------------------	-------------------------------

códigos de ética de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1995 de 1999 y la resolución 15437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ **Persona en condición de discapacidad (especifique la condición):** TICA.

FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO

Monart. Izoza

126959

25024885

FIRMA DEL PROFESIONAL

REGISTRO

DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

Martha Lucia Izoda

NOMBRE DEL ACUDIENTE

Martha Lucia Izoda

FIRMA DEL ACUDIENTE

Esposa

PARENTESCO

411901376

DOCUMENTO

DESISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E. **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cedula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Elaboró: INFORMATICA	Revisó: NANCY CORNEJO	Aprobó: COMITÉ DE PERSONAS CLÍNICAS
-----------------------------	------------------------------	--



RED SALUD ARMENIA E.S.E.



Página 1/2

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257954

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:28 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa
Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

NIT 890000464-3

Ingreso 12415876

Paciente C.C : 7535452

FRANCISCO JAVIER LUGO ORTIZ

Tel: 3145118295 Tipo Subsidiado

Sexo Masculino

Edad 65 Años / 0 Me

Fecha Ingreso 19 nov. 2025 11:05 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 03:13 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorización:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló
☐ Pendiente de pago

Cufe: f4fe1fa62f4baa7c16eaac0982c974caf6303fe6bfa2bcac6d3bf4adace1cb0779c9a68f3ad2e09c8a25ebc3adb86ef9

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JORGE	IVAN	HERNANDEZ	RAMIREZ
1.5 País de nacimiento o de residencia		1.6 Municipio de nacimiento o de residencia	
QUINDIO		ARMENIA	

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:				9737091				

b. UBICACIÓN Y FECHA DE LA VALORACIÓN INTERDISCIPLINARIA PARA LA CERTIFICACIÓN					
2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
			Año	Mes	Día
REDSALUD ARMENIA E.S.E			2025	11	19
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

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	70.83
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	35.00
Actividades de la Vida Diaria	31.25
Participación	37.50

1. Codigos Funciones Corporales
b117.2 b122.2
2. Codigos Estructuras Corporales
3. Codigos Actividades y Participación
d155.3 d598.4 d879.2



MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

	MINISTERIO DE SALUD DE LA REPUBLICA DE CUBA ESTADO ADJUNTO QUEPASA del 2000-2004	Código: 01-04-00-009
		Versión: 1
		Fecha de actualización: 07/11/2007
		Fecha de revisión: 03/11/2003
		Página 1 de 2

Nombre del Documento	Representación informativa para valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa	Subgerencia Clínica
----------------------	---	-----------------------	---------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

ENMIEN América fecha en 19 de 11 mes 2007 hora 4:00

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO			
NOMBRE DEL USUARIO	<u>Jorge Leonel Mendez</u>		
TPO DE CERTIFICACIÓN	<u>1</u>	<u>9</u>	<u>19</u>
FECHA DE INGRESO	<u>16</u>	<u>11</u>	<u>2007</u>
EDAD	<u>19</u>		
PROFECCIÓN	<u>Mano</u>	<u>15</u>	<u>20</u>

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2006, la Gerencia del 2006 se está informando oportuna y debidamente en todos los servicios y establecimientos que forman parte del funcionamiento a realizar.

Manifesto en forma expresa que voluntariamente que otorgo a **EL ESTADO ADJUNTO QUEPASA S.S.** para **SELECCIONAR Y AUTORIZAR** la realización valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios

1. Este profesional del equipo multidisciplinario de salud que participa en la realización de la valoración del paciente que el procedimiento de certificación de discapacidad y la inclusión en el registro de valoración y caracterización de personas con discapacidad en la base de datos y parte de otros documentos como parte con discapacidad.
2. Me informo que la valoración clínica se realiza en un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera conjunta que se basan en la historia clínica y apoyo de ayudas diagnósticas, así mismo de una forma una serie de preguntas relacionadas con sus gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los aspectos que requiere ya como estudiante para la realización de los estudios de la vida diaria y la participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tener documentos, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los servicios y recursos necesarios que pueda necesitar para el proceso de forma de atención.
4. Me informo que las preguntas que se levanen a cabo una vez y ya, puede solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de consentimiento mutuo. También que puedo declarar en el momento que lo requiera que no hay respuestas fijas y únicas, por lo que puedo participar con total libertad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para acciones sociales y desarrollar planes, programas y proyectos dirigidos a la atención de las personas con discapacidad, además dicha información es un medio de verificación o seguimiento para programas sociales y mejorar la calidad de programas institucionales.

Diagnóstico o Complicaciones: No se informan riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Decidir el proceso de certificación de discapacidad.

Otras consideraciones: No se informa la información que se me ha dado y según particular en el proceso de valoración multidisciplinario, después de este documento sepa, suministrado bajo el juramento de veracidad, correspondiente en la certificación profesional de Gerencia y

Nombre del profesional	Nombre del profesional	Nombre del profesional
------------------------	------------------------	------------------------

	MINISTERIO DE SALUD DE LA REPUBLICA DE CUBA CATÁLOGO DE LESIONES Y DEFICIENCIAS DEL SISTEMA 100-4	Código: 10-04/0-079
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 22/11/2017
		Fecha de revisión: 03/11/2018
		Página 2 de 2

Nombre del Documento	Documento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa	Subgerencia Certificada
----------------------	--	-----------------------	-------------------------

Indique de dónde se tomó información de salud adquirida, así como la fecha de ingreso de la persona al sistema de salud de la institución, en el caso de haber sido admitida en el sistema de salud de la institución, en el caso de haber sido admitida en el sistema de salud de la institución, en el caso de haber sido admitida en el sistema de salud de la institución.

CONTESTACIÓN: El presente es un documento de salud adquirido, como tal, no se debe en ningún caso ser utilizado para fines de lucro.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): No tiene

FECHA DEL PRESENTAR	DOCUMENTO	
<u>16/01/2020</u>	<u>06999</u>	<u>27014987</u>
FECHA DEL PRESENTAR	DOCUMENTO	DOCUMENTO

Forma de asistencia, acompañante o Representante legal:

<u>Alcino Patino 10 mil</u>		
SEÑAL DEL ACCIDENTE		
<u>Dero Patino 10 mil</u>	<u>Heimano</u>	<u>41.931881</u>
FECHA DEL ACCIDENTE	PARENTESCO	DOCUMENTO

DESBISTAMENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ años de edad, manifiesto en todas las partes que tengo de ser informado ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para la valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de MEDICINA INTERNA Y E. DISCAPACIDAD AUTORIZA el mencionado procedimiento.

Firma del paciente:

Firma y Cédula del Paciente: _____

Firma del paciente y/o representante legal: _____

NOTA:

- Los menores de edad o parte de 17 años deben tener con uno de sus padres o representante legal.
- Para los menores de 17 años deben tener sus padres o representante legal.

FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN
------------------	--------------------	--------------------



RED SALUD ARMENIA E.S.E.



Página 1/2

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257918

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:07 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa

Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

NIT 890000464-3

Ingreso 12415861

Paciente C.C : 9737091

JORGE IVAN HERNANDEZ RAMIREZ Tel: 3203050728 Tipo Especial u Otro

Sexo Masculino

Edad 49 Años / 2 Me

Fecha Ingreso 19 nov. 2025 11:00 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 03:45 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló

☐ Pendiente de pago

Cufe: c6b0e0de3c16770f9da3d3b4de86c52c9d0cb17bc301348ee9fb8589f4574757734300375e9f810a81630715b7b5de5d

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150



FACTURADO A: RED SALUD ARMENIA E.S.E. NIT 801001440-8



1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
MARIA	ORFILIA	TORRES	
1.5 Documento de Identificación		1.6 Documento de Identificación	
QUINDIO		ARMENIA	

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:			24471599					

2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	19
2.3 Tipo de Entidad Valoradora		2.4 Nro. ID Entidad Valoradora			
NI		801001440			

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	41.67
Movilidad	20.00
Cuidado Personal	6.25
Relaciones	10.00
Actividades de la Vida Diaria	25.00
Participación	15.63

e. NIVEL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b164.2

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d155.2 d4501.2 d570.1

MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

	MINISTERIO NACIONAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE REPOSICIÓN DE LA FORTALEZA	Código: IN-04-0-004
		Versión: 1
		Fecha de actualización: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Características Informadas para Validación por Equipo Multidisciplinario para Certificación de Discapacidad:	Unidad Administrativa:	Subsector:
------------------------------	---	-------------------------------	-------------------

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALIDACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD**

CIUDAD: Amuro FECHA: 19 DE NOV DE 2022 PÁGINA: 300

IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE	
Nombre Completo: <u>Yara Orelia Lopez</u>	Identificación: <u>2171199</u>
Fecha de Nacimiento: <u>01/06/79</u>	Sexo: <u>F</u>
Estado Civil: <u>Libre</u>	Ocupación: <u>Libre</u>

Este consentimiento informado es un documento que debe ser leído y comprendido por el participante antes de firmar. El participante debe entender que la información que se le proporciona es solo para fines informativos y no constituye una recomendación médica.

Manifestando en forma expresa que voluntariamente doy consentimiento a que se realice la validación por el equipo multidisciplinario para la certificación de discapacidad.

- Declaraciones:**
- El participante declara que ha leído y comprendido el contenido de este consentimiento informado y que ha tomado la decisión de participar en la validación por el equipo multidisciplinario para la certificación de discapacidad.
 - El participante declara que no ha sido sometido a ningún tipo de coerción, intimidación o presión para participar en la validación por el equipo multidisciplinario para la certificación de discapacidad.
 - El participante declara que no ha sido sometido a ningún tipo de coerción, intimidación o presión para participar en la validación por el equipo multidisciplinario para la certificación de discapacidad.
 - El participante declara que no ha sido sometido a ningún tipo de coerción, intimidación o presión para participar en la validación por el equipo multidisciplinario para la certificación de discapacidad.
 - El participante declara que no ha sido sometido a ningún tipo de coerción, intimidación o presión para participar en la validación por el equipo multidisciplinario para la certificación de discapacidad.

Al firmar este consentimiento informado, el participante declara que ha leído y comprendido el contenido de este consentimiento informado y que ha tomado la decisión de participar en la validación por el equipo multidisciplinario para la certificación de discapacidad.

Al firmar este consentimiento informado, el participante declara que ha leído y comprendido el contenido de este consentimiento informado y que ha tomado la decisión de participar en la validación por el equipo multidisciplinario para la certificación de discapacidad.

Al firmar este consentimiento informado, el participante declara que ha leído y comprendido el contenido de este consentimiento informado y que ha tomado la decisión de participar en la validación por el equipo multidisciplinario para la certificación de discapacidad.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 891801446-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Departamento:	Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Supendencia Clasifica
-----------------------------	--	---------------------------	--------------------------

códigos de ética de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1998 de 1999 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): Intelectual.

[Firma]
FIRMA DEL PACIENTE DOCUMENTO

[Firma] 126959 25021835
FIRMA DEL PROFESIONAL REGISTRO DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

[Firma]
NOMBRE DEL ACUDIENTE

[Firma] 41920777
FIRMA DEL ACUDIENTE PARENTESCO DOCUMENTO

DESISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E., **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cédula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

EMISOR: TECNICA	REVISOR: MEDICO GENERAL	APROBADO: COMITÉ DE FISCALIZACIÓN
-----------------	-------------------------	-----------------------------------



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257953

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:27 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa

Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

NIT 890000464-3

Ingreso **12415885**

Paciente C.C : 24471599

MARIA ORFILIA TORRES

Tel: 3013424205 Tipo Vinculado

Sexo Femenino

Edad 79 Años / 3 Me

Fecha Ingreso 19 nov. 2025 11:09 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 03:14 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorización:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

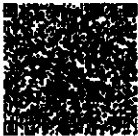
VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló
☐ Pendiente de pago

Cufe: 48ecz9e02610bb1d905a4f1f9dbd51be1187946043cf0fdead1619aa55b7d436f34a1a7b5d06783616044108f363581d

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
GONZALO	DE JESUS	LOPEZ	ARIAS
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia		
QUINDIO	ARMENIA		

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Camet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:				1222914				

2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	19
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

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	79.17
Movilidad	100.00
Cuidado Personal	93.75
Relaciones	70.00
Actividades de la Vida Diaria	100.00
Participación	50.00

1. Codigos Funciones Corporales

b122.2 b164.3

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d155.4 d161.3 d4602.4



MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 891001440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

CIUDAD: Armenia FECHA: DIA 19 MES 11 AÑO 2021 HORA 1:00

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO: <u>Gonzalo de Jesus Lopez</u>	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI <u>CC</u> <u>K</u> CE <u>OTRO</u>	NÚMERO: <u>1222914</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>18</u> MES <u>09</u> AÑO <u>35</u> EDAD <u>90</u>	
EAPB <u>Suria</u>	ARI <u>2002</u>
PROFESIONAL <u>Donna K. Josa</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad.
2. Me informo que la valoración clínica la realizará un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevarán a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales.

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Emisor: <u>Neidrapeuta</u>	Revisor: <u>Maria Constanza</u>	Aprobó: <u>Comité de Recursos Humanos</u>
----------------------------	---------------------------------	---

 Red Salud Armenia	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801001446-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

CIUDAD Armenia FECHA: DIA 19 MES 11 AÑO 2025 HORA 1:00

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO	<u>Gonzalo de Jesus Lopez</u>
TIPO DE IDENTIFICACION: TI <u>CC</u> ☒ CE ☐ OTRO ☐	NÚMERO: <u>1222914</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>18</u> MES <u>09</u> AÑO <u>35</u> EDAD <u>90</u>	
EAPS <u>Sur</u> ARL <u>Armenia</u>	
PROFESIONAL <u>Donna H. 2022</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad.
2. Me informo que la valoración clínica la realizara un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevarán a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministro será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales.

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Elaboro: Neurologista Revisó: Mg. N. Contreras Aprobó: Comité de Personas Clínicas



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257912

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:04 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa

Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

NIT 890000464-3

Ingreso 12415761

Paciente C.C : 1222914

GONZALO DE JESUS LOPEZ ARIAS

Tel: 3148556449

Tipo Especial u Otro

Sexo Masculino

Edad 90 Años / 7 Me

Fecha Ingreso 19 nov. 2025 10:36 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 03:55 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló
☐ Pendiente de pago

Cufe: 27d643b4d5319c5f0721cddafbb604a88cfbf90d273637b50eeaeccaf1e260950a7fde974f210c3a436661f331909e03

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
LIAM	SAMUEL	CANO	ALONSO
QUINDIO		ARMENIA	

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de Identidad	X	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Camet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:				1094969257				

2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	25
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

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	0.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	25.00
Actividades de la Vida Diaria	0.00
Participación	21.43

1. Codigos Funciones Corporales

b122.2 b126.2

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d730.1 d7500.2 d910.2

MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 901001440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa	Subgerencia Científica
----------------------	---	-----------------------	------------------------

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA
CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD**

Ciudad Armenio FECHA: DIA 25 MES 11 AÑO 2022 HORA 4:40

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO <u>Lion Samuel Cano</u>	NÚMERO: <u>1099909257</u>
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI <u>✓</u> CC <u>✓</u> CE <u>✓</u> OTRO <u>✓</u>	
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>01</u> MES <u>06</u> AÑO <u>2010</u> EDAD <u>9</u>	
EAPL <u>Jura</u> ARL <u>ARI</u>	
PROFESIONAL <u>Dona R. Baza</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizará un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevarán a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos e Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Elaboró: <u>Neurología</u>	Revisó: <u>Neurología</u>	Aprobó: <u>Gerente de Recursos Humanos</u>
----------------------------	---------------------------	--

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 991091449-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

códigos de ética de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1985 de 1995 y la resolución 13497 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): Psicocacical

+ Lidm Samuel
FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO

Donat P. Izoa
FIRMA DEL PROFESIONAL

26959
REGISTRO

25029895
DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

Delinda Rays Koles
NOMBRE DEL ACUDIENTE

Delinda Rays Koles
FIRMA DEL ACUDIENTE

Abuela
PARENTESCO

41929.002
DOCUMENTO

DESISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E. **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cedula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Revisó: _____	Revisó: _____	Aprobó: _____
---------------	---------------	---------------



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257926

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:12 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa
Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

**SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD**

NIT 890000464-3

Ingreso 12425946

Paciente T.I : 1094969257

LIAM SAMUEL CANO ALONSO

Tel: 3148401455 **Tipo** Especial u Otro

Sexo Masculino

Edad 9 Años / 5 Mes

Fecha Ingreso 25 nov. 2025 02:08 p.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 03:39 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ CANCELÓ

☐ PENDIENTE DE PAGO

Cufe: 0c98d39eefbdb8ac135a3da4a064a8673d9caba52e441001aed64f30a45e54f928d614fb859725f2f68b7096f8210166

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. : 1088302150



Estado de aprobación del equipo multidisciplinario

Datos personales del solicitante

Fecha última actualización

2025-11-25 10:40

Entidad Valoradora

RESALUD ARMENIA E.S.E

Tipo de Documento

CC

Número de Documento

7518860

Estado de la Valoración

Cerrado

Versión valoración

2

Nombre

ARTEAGA JOSE ELIAS

Refrescar

Esta valoración no genera certificado de discapacidad

Equipo Multidisciplinario

ISAZA LONDOÑO DIANA MARCELA

WANDURRAGA LÓPEZ MIGUEL ESTEBAN

RODRIGUEZ PARRA SANDRA MILENA

Aprobación Inicio

Aprobado
25/11/2025, 3:16:30 p. m.

Aprobado
25/11/2025, 3:16:20 p. m.

Aprobado
25/11/2025, 3:16:57 p. m.

Aprobación Final

Aprobado
25/11/2025, 3:40:53 p. m.

Aprobado
25/11/2025, 3:40:25 p. m.

Aprobado
25/11/2025, 3:40:01 p. m.

	MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA ESTADO GENERAL DEL PAÍS	Código: MS-04-70-010
		Versión: 1
		Fecha de actualización: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa	Subgerencia Clínica
----------------------	---	-----------------------	---------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

ENTRÉ EN LA PRESENTE FECHA DEL 25 MES DE NOV AÑO 2022 HORA 3:10

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO	<u>JACK ELIAS ALKAGA</u>
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	<u>CC</u>
FECHA DE NACIMIENTO	<u>19/01/1992</u>
IDENTIFICACION	<u>3115350</u>
FECHA DE VALORACIÓN	<u>25/11/2022</u>

En cumplimiento a la Ley 1712 de 2016 y la Resolución 246 de 2018, le explico informando apertura y anticipación, los riesgos, beneficios y consecuencias que pueden derivarse del procedimiento a realizar

Identifico en forma expresa que voluntariamente que otorgo a NEO SALUD ASISTENCIA S.A.S. para SOLICITAR Y AUTORIZAR la realización de valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad

Consideraciones

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participe en la realización de la valoración me informe que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de identificación y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de mis responsabilidades como persona con discapacidad
2. Me informe que la valoración clínica la realizará un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera conjunta, que se basarán en la historia clínica y soporte de pruebas diagnósticas, así mismo me hará una lista de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero ya sea conductuales para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social
3. Me informe que tengo derecho a tomar decisiones, a que me respete mi voluntad y preferencias y a que se me integren los apoyos y ayudas razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones
4. Me informe que las preguntas que se hagan a cada uno de ellos y ya puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo declarar en el momento que lo requiera, que no soy competente, honesto y fiable, por lo que puedo declarar con total honestidad
5. Me informe que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del programa, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o protección para programas sociales y reconocer la oferta de programas institucionales

Excepciones o Consideraciones: No se encuentran riesgos ni consecuencias en la realización de la valoración profesional

Alternativas: Declarar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: Me otorgo la información que se me ha dado y quiero participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, de acuerdo con este documento legal, sustentando bajo el principio de autonomía, consensado en la legislación política de Colombia y

Nombre del Usuario	Nombre del Profesional	Nombre del Centro de Atención
--------------------	------------------------	-------------------------------

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801001448-8	Código: MI-DA-FO-020
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
----------------------	---	------------------------	------------------------

códigos de ética de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1995 de 1990 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☐ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): _____

FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO

Diana H. Icaza
FIRMA DEL PROFESIONAL

26979
REGISTRO

25024885
DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

NOMBRE DEL ACUDIENTE

FIRMA DEL ACUDIENTE

PARENTESCO

DOCUMENTO

DESISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E. **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cedula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los mayores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Elaboró: Ingrid Ospina	Revisó: Ingrid Ospina	Aprobó: Comité de Ética de la Clínica
------------------------	-----------------------	---------------------------------------

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



RED SALUD ARMENIA E.S.E.



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257966

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:35 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa

Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO

NIT 890000464-3

Ingreso 12424924

DISCAPACIDAD

Paciente C.C : 7518880

JOSE ELIAS ARTEAGA

Tel: 3216213637 Tipo Especial u Otro

Sexo Masculino

Edad 71 Años / 9 Me

Fecha Ingreso 25 nov. 2025 09:03 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 02:47 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

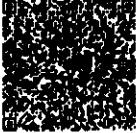
VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló
☐ Pendiente de pago

Cufe: 605f47ea6cb5686940404915ef41960ee35c80ea1e05a43c162cd974562fd1174c81da70e11c95380019837dfc3f56

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JEFERSSON		ARRUBLA	BERMUDEZ
QUINDIO		ARMENIA	

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:			1094927356					

2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	25
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

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	8.33
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	15.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	34.38

1. Codigos Funciones Corporales

b117.1 b122.2

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d155.1 d879.3 d910.1



MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

 Red Salud Armenia...	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801081440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

CIUDAD: Armenia FECHA: DIA 25 MES 11 AÑO 2022 HORA 3:00

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO: <u>Yerison Anubla</u>	NÚMERO: <u>1094927356</u>
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI <u>CC</u> <u>V</u> CE <u>OTRO</u>	
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>17</u> MES <u>04</u> AÑO <u>88</u> EDAD <u>34</u>	
EAPS: <u>100001013</u> ARL	
PROFESIONAL: <u>Donat N. 2025</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2019, lo estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E. para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad.
2. Me informo que la valoración clínica la realizará un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevarán a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales.

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Elaboró: <u>100001013</u>	Revisó: <u>100001013</u>	Aprobó: <u>100001013</u>
---------------------------	--------------------------	--------------------------

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801801440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento	Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa	Subgerencia Clínica
----------------------	---	-----------------------	---------------------

códigos de ética de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1995 de 1999 y la resolución 13427 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): Multiple

FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO

Diana M. Torres
FIRMA DEL PROFESIONAL

26959
REGISTRO

25029835
DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

Jonas Jonathan Bernadette Z
NOMBRE DEL ACUDIENTE

Jonas Jonathan Bernadette Z
FIRMA DEL ACUDIENTE

PARENTESCO

41920078
DOCUMENTO

DESISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E, **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cedula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Elaborado: <u>María Teresa</u>	Revisado: <u>Angela Contreras</u>	Aprobado: <u>Carla de Perdomo Contreras</u>
--------------------------------	-----------------------------------	---



Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa

Teléfono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Plan 001183

**SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD**

Dirección CRA 17 16-00

NIT 890000464-3

IPS 630010046001

Ingreso 12424861

Paciente C.C : 1094927356

JEFERSON ARRUBLA BERMUDEZ

Tel: 3136306619 Tipo Especial u Otro

Sexo Masculino

Edad 33 Años / 7 Me

Fecha Ingreso 25 nov. 2025 08:45 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 02:34 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorización:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

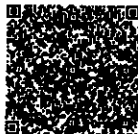
VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló
☐ Pendiente de pago

Curfe: 2ff055cb4db6c5412c6416b4a9e9f5368a332c9fc30aaa016670bfe2d3ac5d401502a4a000b89b886bffe79643f4a917

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
EMILIANO		OSPINA	BEDOYA
2. Departamento		3. Municipio	
QUINDIO		ARMENIA	

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	X	Tarjeta de Identidad	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Camet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de Identidad:				1090281704				

2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	25
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

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	41.67
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	31.25
Relaciones	10.00
Actividades de la Vida Diaria	41.67
Participación	42.86

1. Codigos Funciones Corporales

b117.2 b122.2

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d155.2 d161.2 d7500.1

**MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ**

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801081448-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

CIUDAD Armenia FECHA: DIA 15 MES 11 AÑO 2025 HORA 1:40

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO: <u>Emiliano Ospina Bedoya</u>	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI <u>CC</u> CE <u>OTRO</u>	NÚMERO: <u>1090281704</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>01</u> MES <u>01</u> AÑO <u>2019</u>	EDAD <u>6</u>
EAP: <u>Amelia</u>	APL: <u>Don K. T392A</u>
PROFESIONAL: <u>Don K. T392A</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participa en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizará un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero yo utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevarán a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministra será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Emiliano Ospina Bedoya	Revista: María Corina	Aprobó: Carlos de la Hoz
------------------------	-----------------------	--------------------------

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 891661448-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa	Subgerencia Clínica
----------------------	---	-----------------------	---------------------

códigos de ética de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1995 de 1999 y la resolución 13437 de 1981, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☐ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): multiple

FIRMA DEL PACIENTE	DOCUMENTO	
<u>Donasht. Doza</u>	<u>126959</u>	<u>25024895</u>
FIRMA DEL PROFESIONAL	REGISTRO	DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

<u>Brillit Yevgenia López</u>		
NOMBRE DEL ACUDIENTE		
<u>Brillit Y. López</u>	<u>Tia</u>	<u>109489054</u>
FIRMA DEL ACUDIENTE	PARENTESCO	DOCUMENTO

DESISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en letras apremiadas que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E. **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cedula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

EMISOR: TEODORO	REVISOR: MARIA CARMEN	APROBADO: MARIA CARMEN
-----------------	-----------------------	------------------------



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257979

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:40 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa

Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

**SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD**

NIT 890000464-3

Ingreso 12424814

Paciente R.C : 1090281704

EMILIANO OSPINA BEDOYA

Tel: 3226972682 **Tipo** Especial u Otro

Sexo Masculino

Edad 6 Años / 10 Me

Fecha Ingreso 25 nov. 2025 08:33 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 02:32 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ CANCELÓ

☐ PENDIENTE DE PAGO

Cufe: 5654320fd04eaa1f65472cd16aef89d26f4ccb7d4de4e6ce71b4cd30d76e45e92cb5a288f24e4010cb3566258310e04

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. : 1088302150





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JUAN	LEONARDO	DELGADO	LEON
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
QUINDIO		ARMENIA	

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:			79658791					

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA LA CERTIFICACIÓN					
2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	25
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

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	12.50
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	45.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	53.13

a. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO	
1. Codigos Funciones Corporales	
b122.2 b130.2	
2. Codigos Estructuras Corporales	
3. Codigos Actividades y Participación	
d730.2 d760.1 d879.3	

I. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257945

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:23 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa

Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

**SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD**

NIT 890000464-3

Ingreso 12424787

Paciente C.C : 79658791

JUAN LEONARDO DELGADO LEON

Tel: 3053370721

Tipo Subsidiado

Sexo Masculino

Edad 52 Años / 10 M

Fecha Ingreso 25 nov. 2025 08:25 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 03:23 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

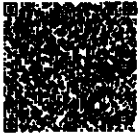
VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló

☐ Pendiente de pago

Cufe: 39c6b4b275015d97ac71f5354e135c7d2a172ed70d2033b09f83d7b1eb9febd515dcbde826604594d5684392295b1bcd

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JOHN	DEIVY	ARRUBLA	BERMUDEZ
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
QUINDIO		ARMENIA	

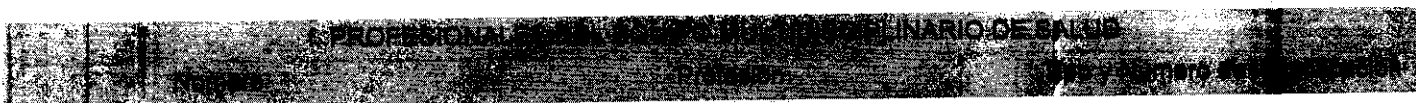
1.7 Documento de Identidad									
Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de Identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia	
Número de documento de identidad:				1094906358					

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN INTERDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN					
2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	25
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

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	50.00
Relaciones	45.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	40.63

a. PERÍODE DE FUNCIONAMIENTO	
1. Codigos Funciones Corporales	
b117.2 b122.2	
2. Codigos Estructuras Corporales	
3. Codigos Actividades y Participación	
d155.3 d161.2 d879.2	



MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ

Medicina

CC-1094809395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801001440-8	Código: MI-DA-FO-020
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA
CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD**

Ciudad: Arimenia FECHA: DIA 25 MES 11 AÑO 2017 HORA 2:40

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO: <u>Jhon deivuy Anua</u>	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI <u>CC</u> CE <u>OTRO</u>	NÚMERO: <u>1099966335</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>07</u> MES <u>06</u> AÑO <u>89</u> EDAD <u>34</u>	
EAP: <u>Nueva EPS</u> ARL	
PROFESIONAL: <u>Diana H. Zúñiga</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconoceme como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizara un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevaran a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Mediante: <u>Red Salud Armenia</u>	Realiza: <u>María Cárdenas</u>	Aprobó: <u>Carolina de Vargas Cárdenas</u>
------------------------------------	--------------------------------	--

 <p>Red Salud Armenia...</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA OJUNDO INT. 881001400-4</p>	Código: MS-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Clínica
-----------------------	---	------------------------	---------------------

códigos de ética de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1885 de 1999 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información por favor no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): Múltiple

FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO

[Firma]
FIRMA DEL PROFESIONAL

126959
REGISTRO

2502485
DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

[Firma]
NOMBRE DEL ACUDIENTE

[Firma]
FIRMA DEL ACUDIENTE

41920078
DOCUMENTO

DESISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ años de edad, expresando en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, inconvenientes, alternativas y consecuencias del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E. DECIDO NO AUTORIZAR el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cédula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. las menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para las menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Elaboró: [Firma]	Revisó: [Firma]	Aprobó: [Firma]
------------------	-----------------	-----------------



RED SALUD ARMENIA E.S.E.



Página 1/2

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257928

Nít: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:13 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa
Teléfono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001 MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

NIT 890000464-3

Ingreso 12424896

Paciente C.C : 1094906358

JHON DEIVY ARRUBLA BERMUDEZ

Tel: 3136306619 Tipo Especial u Otro

Sexo Masculino

Edad 36 Años / 10 M

Fecha Ingreso 25 nov. 2025 08:55 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 03:37 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló
☐ Pendiente de pago

Cufe: be8ab0c6ca4e77aa509f6a8501051a14519723832e06b77c8f3850b6e2ac3b4f955a050ac116e8290dd87ec965e97124

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150



FACTURADO A: RED SALUD ARMENIA E.S.E. NIT 801001440-01





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
GISELLA	JULIETH	GARCIA	VALENCIA
QUINDIO		ARMENIA	

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: 1094884033

2.1 IPS donde se realiza la certificación		2.2 Fecha de la Certificación		
		Año	Mes	Día
REDSALUD ARMENIA E.S.E		2025	11	25
2.3 Tipo de Entidad Valoradora		2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI		801001440		

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	12.50
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	12.50
Relaciones	40.00
Actividades de la Vida Diaria	25.00
Participación	56.25

1. Codigos Funciones Corporales

b122.2 b156.2

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d161.1 d598.2 d879.3

MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



*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.*

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 891091449-5	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

CIUDAD: Armenio FECHA: DIA 25 MES 11 AÑO 2025 HORA 3:40

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO: <u>Guella Elieth Garcia.</u>	
TIPO DE IDENTIFICACION: TI <u>CC</u> ☒ CE <u>OTRO</u>	NÚMERO: <u>1094889035</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>26</u> MES <u>09</u> AÑO <u>2004</u> EDAD <u>39</u>	
EAP: <u>Sanitas</u> ARL	
PROFESIONAL: <u>Alana</u> <u>tr</u> <u>2022</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2018, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que puedan derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participe en la realización de la valoración me informe que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizará un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevarán a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Elaboró: <u>Andrés Pardo</u>	Revisó: <u>María Camila</u>	Aprobó: <u>Camila en Reyes Camila</u>
------------------------------	-----------------------------	---------------------------------------

 Red Salud Armenia...	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA GUINDO NIT. 901601440-8	Código: MI-DA-FO-020
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Clínica
-----------------------	---	------------------------	---------------------

códigos de ética de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1995 de 1999 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): Psicosocial

Gisela Judith García Valencia 1091991083
FIRMA DEL PACIENTE DOCUMENTO

Diana F. Tovar 10959 25029885
FIRMA DEL PROFESIONAL REGISTRO DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

Amparo Valencia Lina
NOMBRE DEL ACUDIENTE

Amparo Valencia Mamá 34041167
FIRMA DEL ACUDIENTE PARENTESCO DOCUMENTO

DESISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre las beneficios, inconvenientes, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E. DECIDO NO AUTORIZAR el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cédula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Elaboró: <u>Neurólogo</u>	Revisó: <u>Neurología</u>	Aprobó: <u>Comité de Ética Clínica</u>
---------------------------	---------------------------	--



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257919
Nit: 801001440-8 Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:08 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa
Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001 MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

**Plan 001183 SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD**

NIT 890000464-3

Ingreso 12424916

Paciente C.C : 1094884033 GISELA YULIETH GARCIA VALENCIA Tel: 6067485618 Tipo Especial u Otro

Sexo Femenino Edad 39 Años / 2 Me

Fecha Ingreso 25 nov. 2025 08:59 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 03:44 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	\$ 168.873,00
VALOR IVA	\$ 0,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	\$ 0,00
VALOR ANTICIPO	\$ 0,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	\$ 0,00
VALOR DESCUENTOS	\$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló
☐ Pendiente de pago

Cufe: 5f1e1b0a947235709078f6b74a080499057a685bbcb25d90ef2357ff1a4bff65cd64ec6a78b79d439ee3a25c093569e

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. : 1088302150







1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
MARINA		GIRALDO	LOPEZ
1.5 Departamento de		1.6 Ciudad de	
QUINDIO		ARMENIA	

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Paseaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:				24475004				

2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	25
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

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	
Domínio	Puntaje
Cognición	0.00
Movilidad	80.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	15.00
Actividades de la Vida Diaria	68.75
Participación	34.38

1. Codigos Funciones Corporales
b7303.3 b7353.3 b770.4
2. Codigos Estructuras Corporales
s1200.277 s7600.279
3. Codigos Actividades y Participación
d4154.3 d4501.4 d598.2



MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO MT. 801001440-8	Código: MI-DA-FO-020
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA
CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD**

CIUDAD Armenia FECHA: DIA 25 MES 11 AÑO 2017 HORA 4:00

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO <u>Marina Giraldo Lopez</u>	
TIPO DE IDENTIFICACION: TI <u>CC</u> CE <u>OTRO</u>	NÚMERO: <u>24475009</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>10</u> MES <u>10</u> AÑO <u>46</u> EDAD <u>79</u>	
EAP <u>Sanitas</u> ARL	
PROFESIONAL <u>Diana R. Tzotz</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 240 de 2019, lo estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E. para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participa en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad.
2. Me informo que la valoración clínica la realizará un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diario y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevarán a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales.

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Elaboró: <u>Neikerapata</u>	Revisó: <u>María Contreras</u>	Aprobó: <u>Comité de Vigilancia Clínica</u>
-----------------------------	--------------------------------	---

	GOBIERNO DE LA REPUBLICA DE CUBA MINISTERIO DE LA SALUD SECRETARIA DE SALUD	Código de la FIC: 001
		Versión: 1
		Fecha de actualización: 1/1/2023
		Página 2 de 2

Nombre del beneficiario	Caracterización informada para valoración por discapacidad física/psíquica para Certificación de Discapacidad	Unidad administrativa	Subgerencia
-------------------------	---	-----------------------	-------------

El presente es el primer formulario de solicitud de valoración por discapacidad física/psíquica para la Certificación de Discapacidad, el cual debe ser llenado por el beneficiario o su representante legal, en el caso de que el beneficiario sea menor de edad o no tenga capacidad legal para ello.

OBJETIVO: El objetivo de este formulario es proporcionar información necesaria para la valoración por discapacidad física/psíquica para la Certificación de Discapacidad, el cual debe ser llenado por el beneficiario o su representante legal, en el caso de que el beneficiario sea menor de edad o no tenga capacidad legal para ello.

☒ Permiso en inscripción de discapacidad (especificar la condición)

90100

Nombre del beneficiario

Apellido

Diana M. Luna
Nombre del beneficiario

06959
Apellido

25011895
Apellido

Forma de asistencia, acompañante o representante legal:

Nombre del asistente

Nombre del acompañante

Apellido

Apellido

DEBEREMOS PARA VALORACION POR DISCAPACIDAD FISICA/PSIQUICA PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ años de edad, manifiesto en forma expresa que tengo la capacidad suficiente para ser beneficiario de la valoración por discapacidad física/psíquica para la Certificación de Discapacidad, el cual debe ser llenado por el beneficiario o su representante legal, en el caso de que el beneficiario sea menor de edad o no tenga capacidad legal para ello.

Para constancia:

Fecha y Lugar de Redacción: _____

Forma de asistencia y de acompañante legal: _____

NOTA:

- Los datos de edad y sexo de la persona deben coincidir con los de los documentos de identificación.
- Para los menores de 18 años debe ser llenado por padres o representantes legales.

Nombre del beneficiario	Nombre del asistente	Nombre del acompañante legal
-------------------------	----------------------	------------------------------



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257925

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:11 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa

Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

**SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD**

NIT 890000464-3

Ingreso 12424935

Paciente C.C : 24475004

MARINA GIRALDO LOPEZ

Tel: 3187671172 Tipo Especial u Otro

Sexo Femenino

Edad 79 Años / 1 Me

Fecha Ingreso 25 nov. 2025 09:06 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 03:39 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

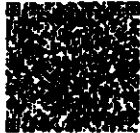
VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló
☐ Pendiente de pago

Curfe: a229c7f316fb1f0bb8801322df756a0970639c3f04dd425b0312c840d1249e92e3efefe094a960163f2f6972940d134b

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
TERESA		CHAPARRO	DE MONTOYA
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia		
QUINDIO	ARMENIA		

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de Identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Camet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:				29320978				

2.1 IPS donde se realiza la certificación				2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E				Año	Mes	Día
				2025	11	25
2.3 Tipo de Entidad Valoradora				2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI				801001440		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD				
Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO	
Dominio	Puntaje
Cognición	45.83
Movilidad	80.00
Cuidado Personal	81.25
Relaciones	40.00
Actividades de la Vida Diaria	87.50
Participación	50.00

1. Codigos Funciones Corporales
b122.2 b164.3 b280.3
2. Codigos Estructuras Corporales
s799.278
3. Codigos Actividades y Participación
d161.2 d4602.3 d879.2



MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

CIUDAD Armenia FECHA: DIA 25 MES 11 AÑO 2025 HORA 3:40

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO	<u>Torres Chaparro de Roldán</u>
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐	NÚMERO: <u>29320918</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>14</u> MES <u>05</u> AÑO <u>37</u> EDAD <u>90</u>	
EAPE <u>Nueva EPS</u> ARL	
PROFESIONAL <u>Diana F. Jara</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizará un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevaran a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Elaboró: <u>ISSODAPAXA</u>	Revisó: <u>Miguel Contreras</u>	Aprobó: <u>Comité de Ética y Bioética</u>
----------------------------	---------------------------------	---

 Red Salud Armenia E.S.E.	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801001440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Clínica
-----------------------	---	------------------------	---------------------

códigos de ética de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1995 de 1999 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): multiple

FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO

Diana M. Taza
FIRMA DEL PROFESIONAL

269 39
REGISTRO

25029885
DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

Destiz E. Montoya Chazaro
NOMBRE DEL ACUDIENTE

B. Y.
FIRMA DEL ACUDIENTE

hija.
PARIENTESCO

41.893.033
DOCUMENTO

DESISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E., DECIDO NO AUTORIZAR el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cedula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con una de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Elaboró: TISSOT/ARMENIA	Revisó: ROSA CONTRAS	Aprobó: COMIS SUPERVISORAS CLINICAS
-------------------------	----------------------	-------------------------------------



RED SALUD ARMENIA E.S.E.



Página 1/2

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257983

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:43 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa
Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001 MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

NIT 890000464-3

Ingreso 12424881

Paciente C.C : 29320978

TERESA CHAPARRO DE MONTOYA Tel: 3147838129 Tipo Subsidiado

Sexo Femenino

Edad 90 Años / 8 Me

Fecha Ingreso 25 nov. 2025 08:50 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 02:29 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorización:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

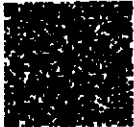
VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ CANCELÓ
☐ PENDIENTE DE PAGO

Cufe: b931ca57b3939ae28808d7d0ecfb459dfa83fb0bbe5700894f5f313e04dbfa6250e6f1070d1ad4709e9ad63bdcd261d1

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150



LICENCIADO A: [RED SALUD ARMENIA E.S.E] NIT [801001440-8]



1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
LYDA		BAUTISTA	
QUINDIO		ARMENIA	

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de Identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Paseaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:			41891405					

2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	26
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

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	75.00
Cuidado Personal	75.00
Relaciones	40.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	56.25

1. Codigos Funciones Corporales		
b134.2 b164.2 b770.4		
2. Codigos Estructuras Corporales		
s110.279		
3. Codigos Actividades y Participación		
d155.2 d161.2 d4602.3		

MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA
CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD**

CIUDAD Armenia FECHA: DIA 26 MES 11 AÑO 2022 HORA 3:00

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO <u>Lida Bautista</u>	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI <u>CC</u> CE <u>OTRO</u>	NÚMERO: <u>41891465</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>07</u> MES <u>06</u> AÑO <u>59</u> EDAD <u>66</u>	
EAPB <u>Nuevitas</u> ARL	
PROFESIONAL <u>Diana F. Bazo</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 248 de 2018, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizara un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevaran a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Escrito: <u>Indicadores</u>	Revisó: <u>María Constanza</u>	Aprobó: <u>Consejo de Racionalización</u>
-----------------------------	--------------------------------	---

Numero del Questionario	Opportunità individuate per l'azienda per mezzo dell'indagine per l'individuazione delle Dispositività	Indice d'importanza	Indicatore Qualità
----------------------------	---	------------------------	-----------------------

CONSTANCIA. E' disposto de sua autoridade para documentar dentro de 15 dias, por escrito, os dados em anexo, sob pena de multa em pagamento de 10 dias de trabalho forçado.

FORMER CHIEF OF POLICE

DOCUMENTO

Planned for work

06039
SECRET

13049
DOCUMENTO

Forma do estudante, acompanhante e Representante legal:

Andrea Costantino Bardis
NOME DEL RICHIEDENTE

Adrian CB

Hick
PARENTESCO

104495331
DOCUMENTO

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en letras
expresas que luego de ser informado ampliamente sobre los beneficios, inconvenientes, obligaciones y compromisos del
procedimiento para poseer un terreno por compra o adjudicación para constitución de disponibilidad por parte del personal de
REGISTRO AERENA E.S.E. DE DONDO AUTORIZA al escribano procedente

Product Description:

STAFF AND CHIEFS OF BUREAU _____

Forma acadêmica e de representação visual

NOTES

- 1 Los miembros de cada a parte de 12 años desde tener sus paises a representantes legal
2 para los miembros de 12 años desde tener sus paises a representantes legal

REPORT NUMBER	REPORT TITLE	REPORT COMPLETION DATE
---------------	--------------	------------------------



RED SALUD ARMENIA E.S.E.



Página 1/2

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257955

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:29 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa

Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

NIT 890000464-3

Ingreso 12427760

Paciente C.C: 41891405

LYDA BAUTISTA

Tel: 7322946

Tipo Especial u Otro

Sexo Femenino

Edad 66 Años / 0 Me

Fecha Ingreso 26 nov. 2025 11:19 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 03:11 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló
☐ Pendiente de pago

Cufe: b8af6ac5add494e821c1c75c026e337c8703aa97aa96c49cc248aaf22f101063975d31d08d9a58f4e05f5bbddbc0843

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
NELCI		OSORIO	LOAIZA
QUINDIO		ARMENIA	

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de Identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Camet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:			24604618					

2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	26
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD				
Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI		NO	X
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO	
Dominio	Puntaje
Cognición	12.50
Movilidad	75.00
Cuidado Personal	37.50
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	37.50

1. Codigos Funciones Corporales
b2802.3
2. Codigos Estructuras Corporales
s7600.379
3. Codigos Actividades y Participación
d4154.3 d4501.3 d879.3

MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801001440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA
CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD**

CIUDAD Arimenia FECHA: DIA 26 MES 11 AÑO 2022 HORA 4:00

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO <u>Nelci Quino</u>	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI <u>CC</u> ☒ CE <u>OTRO</u>	NÚMERO: <u>24604618</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>16</u> MES <u>02</u> AÑO <u>63</u> EDAD <u>52</u>	
EAPB <u>Salud Total - ARL</u>	
PROFESIONAL <u>Diana J. Taza</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizara un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevaran a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos e Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Emisor: <u>valoracion</u>	Revisor: <u>Miguel Contreras</u>	Aprobador: <u>Comité de Rendición Cuentas</u>
---------------------------	----------------------------------	---

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA GUINJO INT. 891891488-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Número del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

obligos de ética de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1985 de 1999 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): FUJICO

[Firma]
FIRMA DEL PACIENTE

74604618
DOCUMENTO

[Firma]
FIRMA DEL PROFESIONAL

126959
REGISTRO

15029887
DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

Charles David Ocampo Osorio
NOMBRE DEL ACUDIENTE

[Firma]
FIRMA DEL ACUDIENTE

hijo
PARENTESCO

1097389708
DOCUMENTO

DESISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ años de edad, manifiesto en letras expresas que luego de ser informado ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E. **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cédula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Empresario: [Firma]	Representante: [Firma]	Aprobación: [Firma]
---------------------	------------------------	---------------------



Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa
Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

Entidad 63001 MUNICIPIO DE ARMENIA

Plan 001183 SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO DISCAPACIDAD

Dirección CRA 17 16-00

NIT 890000464-3

IPS 630010046001

Ingreso 12427748

Paciente C.C : 24604618

NELCI OSORIO LOAIZA

Tel: 3214643088

Tipo Especial u Otro

Sexo Masculino

Edad 52 Años / 8 Me

Fecha Ingreso 26 nov. 2025 11:16 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 03:55 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	\$ 168.873,00
VALOR IVA	\$ 0,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	\$ 0,00
VALOR ANTICIPO	\$ 0,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	\$ 0,00
VALOR DESCUENTOS	\$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ CANCELÓ
☐ PENDIENTE DE PAGO

Cufe: 05e30f18c101b25ecdda1156bd2d577911871f3dda8d75e58a966f9423d5b24be7155ea5d5835540d4626db92bab316f





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
LUZ	DARY	VIVAS	CASTAÑO
QUINDIO		ARMENIA	

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Passaporte	Camet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:				41904851				

2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	26
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

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	
Domnio	Puntaje
Cognición	16.67
Movilidad	50.00
Cuidado Personal	37.50
Relaciones	25.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	53.13

1. Codigos Funciones Corporales

b760.3 b770.3 b789.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s1103.273

3. Codigos Actividades y Participación

d155.2 d4501.2 d598.2



MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

 Red Salud Armenia	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801001440-8	Código: MI-DA-PO-020
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

CIUDAD Armenia FECHA: DIA 26 MES 11 AÑO 2023 HORA 1:00

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO <u>Carla Day Vivas</u>	
TIPO DE IDENTIFICACION: TI <u>CC</u> CE <u>OTRO</u>	NÚMERO: <u>41909851</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>20</u> MES <u>09</u> AÑO <u>64</u>	EDAD <u>61</u>
EAP <u>Armenia</u>	ARL <u></u>
PROFESIONAL <u>Diana R. R. R.</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica se realizara un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevaran a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Elaboró: <u>Red Salud Armenia</u>	Revisó: <u>María Constanza</u>	Aprobó: <u>Comité de Ética y Bioética</u>
-----------------------------------	--------------------------------	---

 Red Salud Armenia <small>ACORDADA 1999</small>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO <small>NIT. 801001440-8</small>	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Clínica
-----------------------	---	------------------------	---------------------

códigos de ética de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1996 de 1999 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): Física

<u>FIRMA DEL PACIENTE</u>	<u>DOCUMENTO</u>	
<u>Diana T. Izaza</u>	<u>126959</u>	<u>27029885</u>
FIRMA DEL PROFESIONAL	REGISTRO	DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

<u>Maria Siler Moh Soler</u>		
NOMBRE DEL ACUDIENTE		
<u>U1923946</u>	<u>314738680</u>	<u>91923946</u>
FIRMA DEL ACUDIENTE	PARENTESCO	DOCUMENTO
	<u>Madre</u>	

DESISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E. **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cedula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. Los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Elaboró: Neidy Espinoza	Revisó: Neidy Corrales	Aprobó: Carlos de Ysidro Cortés
-------------------------	------------------------	---------------------------------



RED SALUD ARMENIA E.S.E.



Página 1/2

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257963

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:34 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa
Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001 MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

NIT 890000464-3

Ingreso 12427666

Paciente C.C : 41904851

LUZ DARY VIVAS CASTAÑO

Tel: 3205602497 Tipo Especial u Otro

Sexo Femenino

Edad 61 Años / 2 Me

Fecha Ingreso 26 nov. 2025 10:46 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 02:51 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

\$ 168.873,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 0,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

VALOR DESCUENTOS

\$ 168.873,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló

☐ Pendiente de pago

Cufe: 530e0c27a6d39c66eaa8128194ac99ef9772d5299cd2f004051c6a234418b6881d1bce8a34d0aa950501d4440a1a645

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
BLANCA	ALICIA	HERNANDEZ	HERRERA
QUINDIO		ARMENIA	

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Paseaporte	Camet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:			24586680					

2.1 IPS donde se realiza la certificación		2.2 Fecha de la Certificación		
		Año	Mes	Día
REDSALUD ARMENIA E.S.E		2025	11	26
2.3 Tipo de Entidad Valoradora		2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI		801001440		

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	55.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	35.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	34.38

1. Codigos Funciones Corporales

b117.2 b122.2

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d161.2 d4602.2 d598.3



MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 891001440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA
CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD**

CIUDAD Armenia FECHA: DIA 26 MES 11 AÑO 2025 HORA 3:40

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO:	
NOMBRE DEL USUARIO <u>Blanca Alicia Hernandez</u>	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI <u>CC</u> / CE <u>OTRO</u>	NÚMERO: <u>245 66680</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>17</u> MES <u>07</u> AÑO <u>46</u>	EDAD <u>87</u>
EAPS <u>Nueva EPS</u> ARL <u>ANA-PT. T2025</u>	
PROFESIONAL <u>Diana P. T2025</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 245 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E. para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/a profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizara un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevaran a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Esquema: Neurología	Revista: Neoplasia	Aprobación: Comité de Ética y Bioética
---------------------	--------------------	--

 Red Social de... de...	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO... ...	Código: M-0470-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 01/1/2022
		Fecha de revisión: 01/1/2022
		Página: 2 de 3

Nombre del beneficiario	Conveniente para Valación por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa	Subgerencia
-------------------------	--	-----------------------	-------------

Elaborado de acuerdo con la política de salud adoptada por la empresa y la norma de trabajo de la empresa (Ley 100 de 1993 y la Ley 1448 de 2010) para la atención y desarrollo de las personas.

CERTIFICACIÓN: El beneficiario de este documento debe ser informado por la empresa de la política de salud adoptada por la empresa y la Ley 1448 de 2010 para la atención y desarrollo de las personas.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): multiple

FORMA DEL DOCUMENTO

DOCUMENTO

Monar T. Jara
FORMA DEL DOCUMENTO

126939
REGISTRO

27019855
DOCUMENTO

Forma de custodia, acompañante o representante legal:

Pedro Hernandez
FORMA DEL DOCUMENTO

150
FORMA DEL DOCUMENTO

7539050
DOCUMENTO

DEBEREMOS PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Va. _____ de _____ Años de edad, manifestando en forma expresa que desea ser informado ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y consecuencias del procedimiento para la valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDALLO ASSEGURA S.S. DECISIONADO AUTORIZA el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Forma y Contenido del Documento: _____

Forma custodia y/o representante legal: _____

NOTA:

- Los menores de edad o por de 12 años deben tener con uno de sus padres o representante legal
- Los menores de 12 años deben tener con sus padres o representante legal

FORMA DEL DOCUMENTO	FORMA DEL DOCUMENTO	FORMA DEL DOCUMENTO
---------------------	---------------------	---------------------



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257936
Nit: 801001440-8 Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:18 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa
Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

NIT 890000464-3

Ingreso **12427700**

Paciente C.C : 24566680

BLANCA ALICIA HERNANDEZ HERRERA Tel: 3104451482 Tipo Especial u Otro

Sexo Femenino

Edad 85 Años / 4 Me

Fecha Ingreso 26 nov. 2025 10:58 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 03:29 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló
☐ Pendiente de pago

Cufe: 40d1b12dcf0783fa1025b330c62ef1ee89349ae7de1b7e18b2b57e86dc812fbb4562e83f0d959287ff4e36e008981fc8

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. : 1088302150





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
LEONOR		ORTIZ	DE LUGO
1.5 Municipio		1.6 País	
QUINDIO		ARMENIA	

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de Identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Camet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:				24583183				

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
	2025	11	26
REDSALUD ARMENIA E.S.E			

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	801001440

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	45.83
Movilidad	75.00
Cuidado Personal	68.75
Relaciones	35.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	40.63

1. Codigos Funciones Corporales

b280.3 b440.3 b770.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s4301.273 s798.279

3. Codigos Actividades y Participación

d161.2 d570.2 d598.3

**MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ**

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

Nombre del Documento	Contenido de la Información para Vigilancia por parte de las Agencias para Confianza de la Comunidad	Medios de Vigilancia	Subgrupos Civiles
-------------------------	---	-------------------------	----------------------

CLASS Algebra SECTION 26 WEEK 11 DAY 100 HOME 2:30

1. NAME (Last, First, Middle)	2. BIRTH DATE	3. BIRTH PLACE
-------------------------------	---------------	----------------

 <p>Red Salud Armenia E.S.E. P.A. CUBANOS DE TODOS</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NT. 991001440-8</p>	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

códigos de ética de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1995 de 1999 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): TDCA.

FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO

Diana P. Torres
FIRMA DEL PROFESIONAL

26959
REGISTRO

25029885
DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

Martha Lucia Lugo Ortiz
NOMBRE DEL ACUDIENTE

Martha Lucia Lugo Ortiz
FIRMA DEL ACUDIENTE

hija
PARIENTESCO

41.911.062.
DOCUMENTO

DESISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E. **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cédula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

ELABORA: TERESA ESPINOZA	REVISÓ: MARGOT CORTES	APROBÓ: COMITÉ DE PERSONAS CIENTÍFICAS
--------------------------	-----------------------	--



RED SALUD ARMENIA E.S.E.



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257962

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:33 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa

Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

NIT 890000464-3

Ingreso 12427705

Paciente C.C : 24583183

LEONOR ORTIZ DE LUGO

Tel: 3244500252 Tipo Especial u Otro

Sexo Femenino

Edad 91 Años / 11 M

Fecha Ingreso 26 nov. 2025 11:02 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 02:52 p.m.

Médico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorización:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló
☐ Pendiente de pago

Cuife: 07d9e923d37d0ad121cc1cb43d705ffa0364436eaa3eca3e623f96a853dcd34eea3e7dbdbf92bb2f28107d5ea7226997

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
LILIA		RENDON	DE PARRA
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia		
QUINDIO	ARMENIA		

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:				24443299				

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN			
2.1 IPS donde se realiza la certificación		2.2 Fecha de la Certificación	
REDSALUD ARMENIA E.S.E		Año	Mes
		2025	11
2.3 Tipo de Entidad Valoradora		2.4 Nro. ID Entidad Valoradora	
NI		801001440	

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

e. NIVEL DE FUNCIONAMIENTO	
1. Codigos Funciones Corporales	
b280.2 b770.3	
2. Codigos Estructuras Corporales	
s7501.273	
3. Codigos Actividades y Participación	
d155.1 d4602.2 d598.3	



MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 901091449-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA
CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD**

CIUDAD: Armenia FECHA: DIA 26 MES 11 AÑO 2017 HORA 3:00

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO: <u>Lilia Rendon Parra</u>	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI <u>CC</u> Y <u>CE</u> OTRO <u></u>	NÚMERO: <u>29993299</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>05</u> MES <u>06</u> AÑO <u>34</u> EDAD <u>91</u>	
BAPE: <u>NUOVA EPS</u> ARL <u></u>	
PROFESIONAL: <u>Mona 77-10029</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participa en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizará un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basarán en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevarán a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Emisor: <u>Mona 77-10029</u>	Revisor: <u>Wagner Contreras</u>	Aprobado: <u>Consejo de Rectoría Clínica</u>
------------------------------	----------------------------------	--

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMEÑA S.A. NIT 801201408-9	Código: MS-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Solicitante:	Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Sugerencia Clínica:
----------------------------	--	---------------------------	------------------------

códigos de ética de toda profesión de salud multiprofesional, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1996 de 1994 y la resolución 12437 de 1991, donde se adopta el principio de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): Truque

Lilia Benavides de Parra
FIRMA DEL PACIENTE DOCUMENTO

Diana M. Lora
FIRMA DEL PROFESIONAL

06939
REGISTRO

25029855
DOCUMENTO

Firma de paciente, acompañante o Representante legal:

Ernesto A. Parra
NOMBRE DEL ACUDIENTE

Ernesto A. Parra Hijo
FIRMA DEL ACUDIENTE PARENTESCO

79.510364
DOCUMENTO

DESISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informado ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMEÑA E S.S. **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cédula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA

- Los menores de edad o por debajo de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
- Para los mayores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Nombre Paciente	Nombre Acudiente	Apellido y Nombre del Profesional
-----------------	------------------	-----------------------------------



RED SALUD ARMENIA E.S.E.



Página 1/2

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257929

NIt: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:14 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa

Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

NIT 890000464-3

Ingreso 12427718

Paciente C.C : 24443299

LILIA RENDON DE PARRA

Tel: 6067364790 Tipo Especial u Otro

Sexo Femenino

Edad 91 Años / 5 Me

Fecha Ingreso 26 nov. 2025 11:04 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 03:36 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló
☐ Pendiente de pago

Cufe: 13908739c413411df4e6da16d6b3b02e58accfe799e017127fda840195e0f917fb38ed420e71b6c1b5f4bed9daadf522

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
DARWUIN	ESTIBEN	MARULANDA	MARULANDA
1.5 Departamento		1.6 País	
QUINDIO		ARMENIA	

1.7 Documento de Identidad									
Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de Identidad	X	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Camet diplomático	Permiso especial de permanencia	
Número de documento de identidad:				1090279550					

2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	26
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

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	12.50
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	0.00
Participación	7.14

6. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO	
1. Codigos Funciones Corporales	
b117.1 b122.2 b167.2	
2. Codigos Estructuras Corporales	
s110.249	
3. Codigos Actividades y Participación	
d161.1 d175.1	



MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMEÑA (E.S.E.) NIT. 801801-000-4	Código MS-DA-FO-029
		Versión 1
		Fecha de elaboración 03/11/2022
		Fecha de revisión 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento	Convenimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa	Subgerencia Clínica
----------------------	--	-----------------------	---------------------

CONVENIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

Ciudad Armenia fecha del 26 mes del 11 año 2022 hora 12:00

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO	<u>DAVID GILBERT RAMBOLDO</u>
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	<u>OTRO</u> NÚMERO <u>10902799730</u>
FECHA DE NACIMIENTO	<u>03/11/1994</u>
LUGAR DE NACIMIENTO	<u>BOGOTÁ</u>

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2018, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMEÑA E.S.E. para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad

Beneficios:

1. Me informo que los profesionales del equipo multidisciplinario de salud que participen en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizará un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y reporte de ayudas diagnósticas. Así mismo se me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero ya utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones
4. Me informo que las preguntas que se levanen a cabo entre ellas y yo, puedo solicitar apoyo de esta persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo desistir en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para conocer políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación e protección para programas sociales y monitorear la oferta de programas institucionales

Riesgos e Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional

Alternativas: [Incluir el proceso de certificación de discapacidad]

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinario, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Firma del Usuario	Firma del Equipo Clínico	Firma del Coordinador Clínico
-------------------	--------------------------	-------------------------------

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 881601440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Clínica
-----------------------	---	------------------------	---------------------

códigos de ética de cada profesión de salud esputada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1995 de 1999 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especificar la condición): Multiple

ADRIANA WIL
FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO

Diana R. Baza
FIRMA DEL PROFESIONAL

126959
REGISTRO

27029887
DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

Mano
NOMBRE DEL ACUDIENTE

Mano
FIRMA DEL ACUDIENTE

PARENTESCO

1.095.180.892
DOCUMENTO

DEBISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informado ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E. **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cédula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Elaboró: <u>Red Salud Armenia</u>	Revisó: <u>Red Salud Armenia</u>	Aprobó: <u>Comité de Historia Clínica</u>
-----------------------------------	----------------------------------	---



RED SALUD ARMENIA E.S.E.



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257952
Nit: 801001440-8 Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:26 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa
Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001 MUNICIPIO DE ARMENIA
Plan 001183 SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

Dirección CRA 17 16-00
NIT 890000464-3

Ingreso 12427687

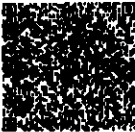
Paciente T.I : 1090279550 DARWUIN ESTIBEN MARULANDA
MARULANDA Tel: 3152134525 Tipo Especial u Otro

Sexo Masculino Edad 10 Años / 11 M Fecha Ingreso 26 nov. 2025 10:52 a.m. Fecha Egreso 03 dic. 2025 03:14 p.m.
Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	\$ 168.873,00
VALOR IVA	\$ 0,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	\$ 0,00
VALOR ANTICIPO	\$ 0,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	\$ 0,00
VALOR DESCUENTOS	\$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló
☐ Pendiente de pago

Cufe: 625de458016cb4e4b50114fa260bc14c68bdfd16e6da4d4c0c4d55ce3d290a0ffea2cbbbc2e0046c98e24a64472773acc

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO



Estado de aprobación del equipo multidisciplinario

Datos personales del solicitante

Fecha ultima actualización

Entidad Valoradora

2025-11-27 16:11

RED SALUD ARMENIA L.S.E

Tipo de Documento

Número de Documento

Estado de la Valoración

Versión valoración

CC

34805820

Cerrado

2

Nombre

ESGÓBAR LINERDA

Refrescar

Esta valoración no genera certificado de discapacidad.

Equipo Multidisciplinario	Aprobación Inicio	Aprobación Final
ISAZA LONDOÑO DIANA MARCELA	Aprobado 27/11/2025, 1:30:29 p. m.	Aprobado 27/11/2025, 2:14:48 p. m.
WANDURRAGA LOPEZ MIGUEL ESTEBAN	Aprobado 27/11/2025, 1:30:18 p. m.	Aprobado 27/11/2025, 2:14:31 p. m.
RODRIGUEZ PARRA SANDRA MILENA	Aprobado 27/11/2025, 1:30:34 p. m.	Aprobado 27/11/2025, 2:14:11 p. m.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 861601440-8	Código: MI-DA-FO-028
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA
CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD**

Ciudad Amenio FECHA: DIA 27 MES 11 AÑO 2021 HORA 3:00

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO <u>Lindley Escobar</u>	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI <u>CC</u> CE <u>OTRO</u>	NÚMERO: <u>24808920</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>26</u> MES <u>08</u> AÑO <u>78</u>	EDAD <u>67</u>
EAPB <u>Aldea EP3</u> ARL <u>DIANA FA. BOZA</u>	
PROFESIONAL <u>Diana FA. BOZA</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizará un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevarán a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descensar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Emisor: <u>Neurologista</u>	Revisor: <u>Mayra Contreras</u>	Aprobó: <u>Comité de Ética Clínica</u>
-----------------------------	---------------------------------	--

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO RIT. 801891449-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Clínica
-----------------------	---	------------------------	---------------------

códigos de ética de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1995 de 1999 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desean más información, por favor, no dude en preguntar. Se lo atenderá con mucho gusto.

☐ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): _____

Lirio E. Escobar
FIRMA DEL PACIENTE

211575920
DOCUMENTO

Diana H. Taza
FIRMA DEL PROFESIONAL

126959
REGISTRO

2502985
DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

NOMBRE DEL ACUDIENTE

FIRMA DEL ACUDIENTE

PARENTESCO

DOCUMENTO

CONSENTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que hego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA S.S.E. **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cedula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Elabora: <u>Neotompequi</u>	Revisa: <u>Marjory Corralles</u>	Aproba: <u>Comité de Historia Clínica</u>
-----------------------------	----------------------------------	---



RED SALUD ARMENIA E.S.E.



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257959

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:31 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa
Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001
Plan 001183

MUNICIPIO DE ARMENIA
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

Dirección CRA 17 16-00
NIT 890000464-3

Ingreso 12429709

Paciente C.C : 24808920

LINDELIA ESCOBAR

Tel: 3113458171 Tipo Especial u Otro

Sexo Femenino

Edad 67 Años / 3 Me

Fecha Ingreso 27 nov. 2025 11:22 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 02:54 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló
☐ Pendiente de pago

Cufe: 845590b9d1f15dca35ef07b48b228c7c807841bd61b796032a929b3448a81749ac202bb11c7afdf593a34860c8979a2c

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
ARCANGEL		VALENCIA	SALGADO
QUINDIO		ARMENIA	

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de Identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Camet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de Identidad:				5947284				

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E	Año	Mes	Día
	2025	11	27
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	801001440		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD				
Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI		NO	X
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO	
Dominio	Puntaje
Cognición	0.00
Movilidad	65.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	5.00
Actividades de la Vida Diaria	12.50
Participación	25.00

1. Codigos Funciones Corporales
b770.3
2. Codigos Estructuras Corporales
s4101.279 s7501.411 s7502.222
3. Codigos Actividades y Participación
d4600.2 d598.2 d879.2

MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 881881448-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

CIUDAD Armenia FECHA: DIA 27 MES 11 AÑO 2025 HORA 2:00

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO <u>Arangel Valencia</u>	NÚMERO <u>5947784</u>
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI <u>CC</u> Y <u>CE</u> OTRO <u>OTRO</u>	
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>28</u> MES <u>10</u> AÑO <u>28</u> EDAD <u>67</u>	
EAPS <u>ARMCA</u>	
PROFESIONAL <u>Diana P. T. 2020</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E. para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

- 1 El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconoceme como persona con discapacidad
- 2 Me informo que la valoración clínica la realizará un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
- 3 Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
- 4 Me informo que las preguntas que se llevaran a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
- 5 Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reconocer la oferta de programas institucionales

Riesgos e Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Emisor: <u>ARMCA</u>	Revisor: <u>ARMCA</u>	Aprobado: <u>ARMCA</u>
----------------------	-----------------------	------------------------

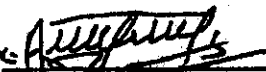
 <p>Red Salud Armenia S.A. FUNDADA EN 1999</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801601440-8</p>	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Clínica
-----------------------	---	------------------------	---------------------

códigos de ética de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1995 de 1999 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): Física


FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO


FIRMA DEL PROFESIONAL

26979
REGISTRO

25029805
DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:


NOMBRE DEL ACUDIENTE


FIRMA DEL ACUDIENTE

Hija
PARENTESCO

1.117.815.769
DOCUMENTO

DESISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E., DECIDO NO AUTORIZAR el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cédula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Elaboró: Neolara Peña	Revisó: Neolara Contreras	Aprobó: Comité de Historia Clínica
-----------------------	---------------------------	------------------------------------



RED SALUD ARMENIA E.S.E.



Página 1/2

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257931

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:16 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa

Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

NIT 890000464-3

Ingreso 12429693

Paciente C.C : 5947284

ARCANGEL VALENCIA SALGADO

Tel: 3223824296 Tipo Especial u Otro

Sexo Masculino

Edad 67 Años / 1 Me

Fecha Ingreso 27 nov. 2025 10:49 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 03:35 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

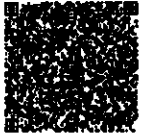
VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló

☐ Pendiente de pago

Cufe: 9930b07e3a3961a34da85b4b93f238d291fccc48a5b6a954ea7281f1ebecfc657da46ab9951a9c7a2e0d4bafefa930a7

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JOSE	LUIS	RIVADENEIRA	HERNANDEZ
1.5 Lugar de nacimiento		1.6 País de nacimiento	
QUINDIO		ARMENIA	

1.7 Documento de identificación									
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:				1094961864					

2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	27
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD				
Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI	X	NO	
Intelectual	SI		NO	X
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO	
Domínio	Puntaje
Cognición	33.33
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	18.75
Participación	9.38

2. DETALLE DE FUNCIONAMIENTO	
1. Codigos Funciones Corporales	
b230.3	
2. Codigos Estructuras Corporales	
3. Codigos Actividades y Participación	
d155.2 d310.3 d350.3	



MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO MIT 881881448-8	Código: MI-DA-PO-028
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Clínica
-----------------------	---	------------------------	---------------------

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA
CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD**

Ciudad: Armenia Fecha: DA 27 MES: 11 AÑO: 2019 Hora: 1:40

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO: <u>José Luis Quadencira</u>	
TIPO DE IDENTIFICACION: TI <u>CC</u> <u>X</u> CE <u>OTRO</u>	NÚMERO: <u>1094961861</u>
FECHA DE NACIMIENTO: <u>DA 26</u> MES: <u>03</u> AÑO: <u>91</u> EDAD: <u>28</u>	
EAPB: <u>Armenia</u>	
PROFESIONAL: <u>Armenia</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E. para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informe que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad.
2. Me informo que la valoración clínica la realizará un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevaran a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministra será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales.

Riesgos e Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Consentido: <u>Armenia</u>	Revisado: <u>Armenia</u>	Aprobado: <u>Armenia</u>
----------------------------	--------------------------	--------------------------

 Red Salud Armenia... <small>PA CUIDAR DE TODOS</small>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801001440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

ódiagos de áreas de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1995 de 1999 y la resolución 13497 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): Auditiva

Msc Luis Rivas 1094961864
FIRMA DEL PACIENTE DOCUMENTO

Diana N. Izoa 126959 25029885
FIRMA DEL PROFESIONAL REGISTRO DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

Juan Manuel Brindley
NOMBRE DEL ACUDIENTE
[Firma]
FIRMA DEL ACUDIENTE Hermana. cc 1094912182
PARENTESCO DOCUMENTO

DESISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E, **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Oculita del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Elaboró: Neurologista	Revisó: Médica Convulsa	Aprobó: Comité de Ética Clínica
-----------------------	-------------------------	---------------------------------



RED SALUD ARMENIA E.S.E.



Página 1/2

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257980

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:41 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa

Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

NIT 890000464-3

Ingreso 12429580

Paciente C.C : 1094961864

JOSE LUIS RIVADENEIRA HERNANDEZ Tel: 3184469966 Tipo Especial u Otro

Sexo Masculino

Edad 28 Años / 8 Me

Fecha Ingreso 27 nov. 2025 10:39 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 02:31 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló

☐ Pendiente de pago

Cufe: bf10a3321d8b75a2c8b6298ec1145e4f7865be416925060d9cc5d75dd53e32942efbc16e356522c49446c906a46c5d2e

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
ASDRUBAL	ANTONIO	ZAPATA	
QUINDIO		ARMENIA	

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:				15262631				

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E	Año	Mes	Día
	2025	11	27
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	801001440		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD				
Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI		NO	X
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO	
Dominio	Puntaje
Cognición	12.50
Movilidad	75.00
Cuidado Personal	37.50
Relaciones	30.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	34.38

1. Codigos Funciones Corporales

b5258.3 b610.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s4203.419

3. Codigos Actividades y Participación

d4154.3 d598.3 d879.3



MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

 <p>Ministerio del Interior</p>	<p>SECRETARIA DE SEGURIDAD PUBLICA</p>	<p>Formulario de Registro de Identificación</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Apellido: _____</p> <p>Edad: _____</p> <p>Sexo: _____</p> <p>Fecha de Emisión: _____</p> <p>Fecha de Vigencia: _____</p>
--	--	--

<p>Identificación</p>	<p>Identificación de la Persona</p>	<p>Identificación de la Persona</p>	<p>Identificación de la Persona</p>
-----------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

IDENTIFICACION DE LA PERSONA

Identificación de la Persona: _____

<p>Identificación de la Persona</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Apellido: _____</p> <p>Edad: _____</p> <p>Sexo: _____</p> <p>Fecha de Emisión: _____</p> <p>Fecha de Vigencia: _____</p>
--

Identificación de la Persona: _____

Identificación de la Persona: _____

Identificación de la Persona

1. Identificación de la Persona: _____
2. Identificación de la Persona: _____
3. Identificación de la Persona: _____
4. Identificación de la Persona: _____
5. Identificación de la Persona: _____

Identificación de la Persona: _____

Identificación de la Persona: _____

Identificación de la Persona: _____

 <p>Red Salud Armenia E.S.E. M. C. 00000000000000000000</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801001440-8</p>	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Clínica
--------------------------	--	---------------------------	------------------------

códigos de ética de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1985 de 1999 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): Física

M. S. Zubal Zapata
FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO

Donatella Lopez
FIRMA DEL PROFESIONAL

126959
REGISTRO

15029895
DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

Marcela Zapata
NOMBRE DEL ACUDIENTE

Marcela Zapata
FIRMA DEL ACUDIENTE

Hija
PARENTESCO

1098311402
DOCUMENTO

DESISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E., **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cédula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Elaboró: <u>Neurología</u>	Revisó: <u>Neurología</u>	Aprobó: <u>Centro de Neurología Clínica</u>
----------------------------	---------------------------	---



RED SALUD ARMENIA E.S.E.



Página 1/2

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257990

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:48 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa

Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

NIT 890000464-3

Ingreso 12429559

Paciente C.C : 15262631

ASDRUBAL ANTONIO ZAPATA

Tel: 3005301281 Tipo Especial u Otro

Sexo Masculino

Edad 59 Años / 6 Me

Fecha Ingreso 27 nov. 2025 10:33 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 02:25 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ CANCELÓ

☐ PENDIENTE DE PAGO

Cuife: f643ad140db2024c0ed32ce5057aeac660035e68ab574e346333bccd081f57ed80a822f34af065f60c2707ab12dfadf4

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. : 1088302150





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JHON	JAIRO	BERMUDEZ	ARISTIZABAL
QUINDIO		ARMENIA	

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de Identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Camet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:				7541276				

2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	28
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

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	50.00
Cuidado Personal	43.75
Relaciones	10.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	34.38

1. Codigos Funciones Corporales
b167.2 b7302.2 b770.2
2. Codigos Estructuras Corporales
s1100.272 s1103.272
3. Codigos Actividades y Participación
d4602.2 d598.2 d879.2



MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801001440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 08/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

CIUDAD Armenia FECHA: DIA 28 MES 11 AÑO 2017 HORA 1:40

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO	<u>Thon Jairo Bermudez</u>
TIPO DE IDENTIFICACION: TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐	NÚMERO: <u>370441216</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>25</u> MES <u>03</u> AÑO <u>1960</u> EDAD <u>65</u>	
EAP <u>Comet</u> ARL <u>Armenia</u>	
PROFESIONAL <u>Diana R. Jata</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 248 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizara un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevaran a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Elaboro: <u>Neoplasia</u>	Revisó: <u>Amor Contreras</u>	Aprobó: <u>Comité de Ética y Bioética</u>
---------------------------	-------------------------------	---

 Red Salud Armenia	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO INT. 001001440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

códigos de ética de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1995 de 1999 y la resolución 13437 de 1981, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): TELICA

FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO

Donat H. Waza

126959
REGISTRO

25029885
DOCUMENTO

Firma de estudiante, acompañante o Representante legal:

María Lucía Prohla
NOMBRE DEL ACUDIENTE

María
FIRMA DEL ACUDIENTE

esposa
PARENTESCO

41920741
DOCUMENTO

DESISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ años de edad, manifiesto en letra expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E., **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Ocho de del Paciente _____

Firma estudiante y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Elaboró: <u>Red Salud Armenia</u>	Revisó: <u>María Colina</u>	Aprobó: <u>Comité de Ética y Bioética</u>
-----------------------------------	-----------------------------	---



RED SALUD ARMENIA E.S.E.



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257973

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:38 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa

Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

NIT 890000464-3

Ingreso 12431639

Paciente C.C : 7541276

JHON JAIRO BERMUDEZ ARISTIZABA Tel: 3104675090 Tipo Especial u Otro

Sexo Masculino

Edad 65 Años / 8 Me

Fecha Ingreso 28 nov. 2025 11:42 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 02:40 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

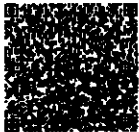
VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló

☐ Pendiente de pago

Cufe: 7f84a0904abb0697023492f56748bc544d5c42b0d26995484a487fde8ce1c35acf34b2e90778c3a73a416e18d91a003c

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150



FACTURADO A: RED SALUD ARMENIA E.S.E. NIT: 801001440-8



1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
YULIAN	ANDRES	JIMENEZ	MORENO
QUINDIO		ARMENIA	

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:				1092462865				

2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	28
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

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	
Domino	Puntaje
Cognición	12.50
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	6.25
Relaciones	15.00
Actividades de la Vida Diaria	13.89
Participación	14.29

1. Codigos Funciones Corporales

b122.2 b130.2 b167.2

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d598.1 d730.2 d910.1



**MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ**

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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

 Red Salud Armenia.	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801801440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Ciudad Armenia FECHA: DIA 18 MES 11 AÑO 2017 HORA 4:40

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO <u>Yulgen Andro Jimenez</u>	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI <u>CC</u> CE <u>OTRO</u>	NÚMERO: <u>1691462865</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>12</u> MES <u>12</u> AÑO <u>12</u>	EDAD <u>12</u>
EAPS <u>Neuropsiquiatria</u>	ARL <u>12020</u>
PROFESIONAL <u>Diana H. Tzeta</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizara un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevaran a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Elabora: Neuropsiquiatria	Revisa: Mejora Continua	Aprobo: Comité de Historia Clínica
---------------------------	-------------------------	------------------------------------

Red Salud Armenia

EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO ARMENIA QUINDIO
NT 801801445-8

Código MI-DA-FO-029

Versión 1

Fecha de elaboración 03/11/2022

Fecha de revisión 03/11/2022

Página 2 de 2

Nombre del
Documento

Consentimiento informado para Valoración por equipo
multidisciplinario para Certificación de Discapacidad

Unidad
Administrativa:

Subgerencia
Científica

origen de ética de cada profesión de salud estipulada así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1995 de 1999 y la resolución 1417 de 1991 donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto

Persona en condición de discapacidad (especifique la condición):

Bicudo

AYRICK RODRIGUEZ
FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO

Diana H. Waza
FIRMA DEL PROFESIONAL

126959
REGISTRO

25029885
DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

Juliana Hircu Penule
NOMBRE DEL ACUDIENTE

Juliana N R
FIRMA DEL ACUDIENTE

Maria
PARENTESCO

1.094.908.586
DOCUMENTO

DEBISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E S E. **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia

Firma y Cedula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA

- 1 los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
- 2 para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Elaboró: Multidisciplinario

Revisó: Mejora Continua

Aprobó: Comité de Prácticas Clínicas



RED SALUD ARMENIA E.S.E.



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257916
Nít: 801001440-8 Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:06 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa
Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001 MUNICIPIO DE ARMENIA
Plan 001183 SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

Dirección CRA 17 16-00
NIT 890000464-3

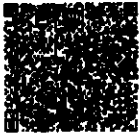
Ingreso 12431632

Paciente T.I : 1092462865 YULIAN ANDRES JIMENEZ MORENO Tel: 3106831137 Tipo Especial u Otro
Sexo Masculino Edad 12 Años / 11 M Fecha Ingreso 28 nov. 2025 11:39 a.m. Fecha Egreso 03 dic. 2025 03:46 p.m.
Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ Autorización:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	\$ 168.873,00
VALOR IVA	\$ 0,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	\$ 0,00
VALOR ANTICIPO	\$ 0,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	\$ 0,00
VALOR DESCUENTOS	\$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló
☐ Pendiente de pago

Cufe: 98b7cdeafead8de053d4b605c4e66b9651508fe5f03ac911bf45d059550232049cc9f86f7ec6c20ab080b4ac2b5564d2

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2021

Usuario Id. :1088302150





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
MARIA	JOSE	OLIVARES	AGUILAR
País Departamento de Residencia:		País de nacimiento:	
QUINDIO		ARMENIA	

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de Identidad	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carpet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:				7147161			

LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA LA CERTIFICACIÓN					
2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	28
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

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	37.50
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	30.00
Actividades de la Vida Diaria	38.89
Participación	21.43

1. Codigos Funciones Corporales
b117.2 b122.2 b167.2
2. Codigos Estructuras Corporales
3. Codigos Actividades y Participación
d161.2 d730.2 d820.2



MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801881448-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Ciudad: Armenia Fecha: DIA 28 MES 11 AÑO 2017 HORA 1:00

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO	<u>Maria Jose Olivarez</u>
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI ☒ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐	NÚMERO: <u>7147101</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>12</u> MES <u>06</u> AÑO <u>2016</u> EDAD <u>9</u>	
EAPD: <u>HUGO EPS</u> ARL	
PROFESIONAL: <u>Diana Pi</u> <u>2020</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. Esta profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informa que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizara un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevaran a cabo entre ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación e priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Elaboró: <u>Neolinda Pineda</u>	Revisó: <u>Neolinda Pineda</u>	Aprobó: <u>Concepción Rivas</u>
---------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

 <p>DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS OFICINA GENERAL DE ATENCIÓN AL PACIENTE</p>	<p>Origen: MS-DA-PQ-001</p>
	<p>Versión: 1</p>
	<p>Fecha de elaboración: 03/11/2007</p>
	<p>Fecha de revisión: 05/11/2007</p>
<p>Página 2 de 2</p>	

<p>Propósito del Documento</p>	<p>Este documento es necesario para la emisión del certificado de discapacidad.</p>	<p>Unidad Administrativa</p>	<p>Subgerencia Clínica</p>
--------------------------------	---	------------------------------	----------------------------

El presente documento es de uso exclusivo de la Unidad Administrativa de la Secretaría de Salud y no debe ser utilizado para otros fines.

CONSTANCIA: Se dispone de los antecedentes necesarios para la emisión del certificado de discapacidad, por lo que se procede a la emisión del mismo.

(i) Persona en condiciones de discapacidad (proporcionar la constancia): **MULTIPLE**

<p>Fecha del Procedimiento</p>	<p>DOCUMENTO</p>
<p>10/01/2008</p>	<p>06979</p>
<p>Fecha del Procedimiento</p>	<p>DOCUMENTO</p>
<p>10/01/2008</p>	<p>7001886</p>

Fecha de nacimiento, acompañante o representante legal:

<p>Nombre del Accidente</p>	<p>DOCUMENTO</p>
<p>Accidente de tránsito</p>	<p>7001886</p>
<p>Fecha del Accidente</p>	<p>DOCUMENTO</p>
<p>10/01/2008</p>	<p>7001886</p>

REGISTRO PARA LA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

Se dispone de los antecedentes necesarios para la emisión del certificado de discapacidad, por lo que se procede a la emisión del mismo.

Para constancia:

Fecha y Firma del Paciente:

Fecha de nacimiento y de representante legal:

Se dispone de los antecedentes necesarios para la emisión del certificado de discapacidad, por lo que se procede a la emisión del mismo.

<p>Fecha de nacimiento y de representante legal</p>	<p>Fecha de nacimiento y de representante legal</p>	<p>Fecha de nacimiento y de representante legal</p>
---	---	---



RED SALUD ARMENIA E.S.E.



Página 1/2

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257914

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:06 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa

Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

NIT 890000464-3

Ingreso 12431630

Paciente Permis 7147161

MARIA JOSE OLIVARES AGUILAR

Tel: 3151944454 Tipo Especial u Otro

o_prot
eccion
_temp
oral

Sexo Femenino

Edad 9 Años / 5 Mes

Fecha Ingreso 28 nov. 2025 11:38 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 03:54 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

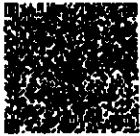
VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló

☐ Pendiente de pago

Cufe: e03ac03f0c7843fa5e4ab666126e1d23670f0d0199d5c6cfa48e4daec4e2e1075dafa1cdd06d377ca0429a2eb92d3a3

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
FRERIANGELIS	SOFIA	LUGO	AVILA
QUINDIO		ARMENIA	

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de Identidad	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Paseporte	Camet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:			6340678				

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E	Año	Mes	Día
	2025	11	28
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	801001440		

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	
Domnio	Puntaje
Cognición	8.33
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	13.89
Participación	0.00

1. Codigos Funciones Corporales
b122.1 b167.1
2. Codigos Estructuras Corporales
3. Codigos Actividades y Participación
d350.1 d640.1 d820.1



<u>MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ</u>	<u>Medicina</u>	<u>CC-1094909395</u>
<u>SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA</u>	<u>Trabajador Social</u>	<u>CC-1094948305</u>
<u>DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO</u>	<u>Psicología</u>	<u>CC-25024885</u>



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.

 Red Salud Armenia...	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801081440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

CIUDAD: Armenia FECHA: DIA 28 MES 11 AÑO 2019 HORA 2:40

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO	<u>Fredy Hengelio Jota Iguo</u>
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI ☒ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐	NÚMERO: <u>6390678</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>13</u> MES <u>03</u> AÑO <u>2019</u> EDAD <u>6</u>	
EAPS: <u>Armenia</u> ARL	
PROFESIONAL: <u>Diana R. Jara</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizara un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevaran a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo desoír en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Elaboró: <u>Trinidad</u>	Revisó: <u>María Camila</u>	Aprobó: <u>Comité de Ética Científica</u>
--------------------------	-----------------------------	---

 Red Salud Armenia <small>EX QUIBAM 1997</small>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

códigos de ética de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1995 de 1999 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): Bicodrenal

FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO

Diana T. Jooza

126959

25029885

FIRMA DEL PROFESIONAL

REGISTRO

DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

Katherine Lugo

NOMBRE DEL ACUDIENTE

Katherine Lugo

FIRMA DEL ACUDIENTE

Madre

PARENTESCO

6340756

DOCUMENTO

DESISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E. DECIDO NO AUTORIZAR el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cedula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Elaboró: <u>Ildefonso</u>	Revisó: <u>Wagner Contreras</u>	Aprobó: <u>Contreras</u>
---------------------------	---------------------------------	--------------------------



Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa
Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

Entidad 63001 MUNICIPIO DE ARMENIA

Plan 001183 SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO DISCAPACIDAD

Dirección CRA 17 16-00

NIT 890000464-3

IPS 630010046001

Ingreso 12431623

Paciente Permis 6340678

FRERIANGELIS SOFIA LUGO AVILA

Tel: 3136149642

Tipo Especial u Otro

o_prot

eccion

_temp

oral

3125676808

Sexo Femenino

Edad 6 Años / 8 Mes

Fecha Ingreso 28 nov. 2025 11:34 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 03:54 p.m.

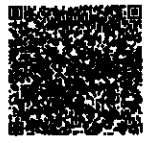
Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	\$ 168.873,00
VALOR IVA	\$ 0,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	\$ 0,00
VALOR ANTICIPO	\$ 0,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	\$ 0,00
VALOR DESCUENTOS	\$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló

☐ Pendiente de pago

Cufe: d7c1df505539ba040a2a7b488ad5f9cfdeb6eb29c723426798c800cf7273311b1d76d6754eb333c0e37f6a352978a112

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
LUZ	MARY	VALENCIA	DE CASTAÑO
QUINDIO		ARMENIA	

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:				29134125				

2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	28
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

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	16.67
Movilidad	50.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	10.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	34.38

1. Codigos Funciones Corporales
b280.2 b770.2
2. Codigos Estructuras Corporales
s750.273
3. Codigos Actividades y Participación
d155.1 d4602.2 d879.2



MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA
LOPEZ

Medicina

CC-1094909395

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885



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.

 Red Salud Armenia	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801081448-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Ciudad Armenia FECHA: DIA 28 MES 11 AÑO 2017 HORA 2:00

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO: <u>lor Mary Valencia</u>	NÚMERO: <u>29134125</u>
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI <u>CC</u> CE <u>OTRO</u>	
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>31</u> MES <u>12</u> AÑO <u>81</u> EDAD <u>33</u>	
EAPS: <u>Neog-EPS</u>	
PROFESIONAL: <u>Diana R. Bosa</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E. para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/a profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconozco como persona con discapacidad.
2. Me informo que la valoración clínica la realizará un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevarán a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales.

Riesgos e Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Elaboró: <u>Neicetapaula</u>	Revisó: <u>Majara Contreras</u>	Aprobó: <u>Camelia Rosales Cárdenas</u>
------------------------------	---------------------------------	---

 Red Salud Armenia	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO INT 881881440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento	Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Clínica
----------------------	---	------------------------	---------------------

Códigos de ética de cada profesión de salud estipulada así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1895 de 1999 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): Física

[Firma]
FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO

[Firma]
FIRMA DEL PROFESIONAL

126959
REGISTRO

25024885
DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

Claudia Lorena Estareu
NOMBRE DEL ACUDIENTE

Claudia Lorena Estareu Hija
FIRMA DEL ACUDIENTE PARENTESCO

41934801
DOCUMENTO

DESISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E. **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cédula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

- 1 los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
- 2 para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Elaboró: <i>[Firma]</i>	Revisó: <i>[Firma]</i>	Aprobó: <i>[Firma]</i>
-------------------------	------------------------	------------------------



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257933

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:17 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa

Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

**SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD**

NIT 890000464-3

Ingreso 12431618

Paciente C.C : 29134125

LUZ MARY VALENCIA DE CASTAÑO Tel: 3045303858 Tipo Especial u Otro

Sexo Femenino

Edad 73 Años / 11 M

Fecha Ingreso 28 nov. 2025 11:32 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 03:35 p.m.

Medico 1094909395 - MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LOPEZ

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ CANCELÉ
☐ PENDIENTE DE PAGO

Cufe: 2bef4587a2c78f644244b700ceca6f1c229d443e6b33d58218124246f49563ff0eb8924f81ce74475262461175b1e367

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
BLANCA	LILIA	QUIROGA	BERNAL
2.1 Departamento		Municipio de Residencia	
QUINDIO		ARMENIA	

3. 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:				41902494				

4. Fecha de la Certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
2.1 IPS donde se realiza la certificación			Año	Mes	Día
REDSALUD ARMENIA E.S.E			2025	11	29
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD				
Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI		NO	X
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO	
Dominio	Puntaje
Cognición	41.67
Movilidad	70.00
Cuidado Personal	75.00
Relaciones	50.00
Actividades de la Vida Diaria	68.75
Participación	65.63

1. Codigos Funciones Corporales

b110.2 b117.2 b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.378

3. Codigos Actividades y Participación

d161.1 d4600.3 d598.3



SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA	Trabajador Social	CC-1094948305
DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO	Psicología	CC-25024885
SANDRA CLARENA CORREA OSPINA	Medicina	CC-30396649



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA S.A. NIT. 801601445-8	Código: MA-QA-FO-020
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Clínica
-----------------------	---	------------------------	---------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Ciudad: Armenia Fecha: DA 29 MES 11 AÑO 2022 Hora: 9:00

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO: <u>Blanca Julia Quiroga</u>	
TIPO DE IDENTIFICACION: TI <u>CC</u> V <u>CE</u> <u>OTRO</u> <u>76</u>	NÚMERO: <u>91902494</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DA <u>29</u> MES <u>08</u> AÑO <u>99</u> EDO <u>76</u>	
EAFS: <u>Salud Total</u> AN	
PROFESIONAL: <u>Udora P. Jara</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2016 y la Resolución 348 de 2018, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E., para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participe en la realización de la valoración me informe que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y estadificación de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad.
2. Me informe que la valoración clínica la realizará un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de pruebas diagnósticas, así mismo se me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informe que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informe que las preguntas que se levanen a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo desistir en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informe que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación e priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales.

Riesgos e Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrada en la constitución política de Colombia y

Nombre del Usuario:	Fecha de Firma:	Firma del Usuario:
---------------------	-----------------	--------------------

 <p>Red Salud Armenia en CUIDADO DE TODOS</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801001440-8</p>	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

códigos de ética de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1995 de 1999 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): multiple

FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO

Diana H. Jooza
FIRMA DEL PROFESIONAL

126959
REGISTRO

25029895
DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

Ana Lucía Osorio P.
NOMBRE DEL ACUDIENTE

[Firma]
FIRMA DEL ACUDIENTE

[Firma]
PARENTESCO

66742781
DOCUMENTO

DESISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E. **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cedula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Elaboró: fisioterapia	Revisó: Mejora Continua	Aprobó: Comité de Historias Clínicas
-----------------------	-------------------------	--------------------------------------



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257976

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:39 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa

Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

NIT 890000464-3

Ingreso 12432942

Paciente C.C: 41902494

BLANCA LILIA QUIROGA BERNAL

Tel: 3117865368 Tipo Especial u Otro

Sexo Femenino

Edad 76 Años / 7 Me

Fecha Ingreso 29 nov. 2025 08:43 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 02:33 p.m.

Medico 30396649 - SANDRA CLARENA CORREA OSPINA

Autorización:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

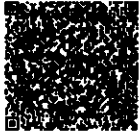
VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló
☐ Pendiente de pago

Cufe: c9e77ec60f39922416c062560facc1c8441208bfc63f4a0517994b41f9bad46d983fe59647f2a4d7be417a60396fb6a3

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
OSCAR	HUMBERTO	MARIN	BELTRAN
1.5 Municipio de Residencia			
QUINDIO		ARMENIA	

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de Identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Camet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:				4368138				

2.1 IPS donde se realiza la certificación				2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E				Año	Mes	Día
				2025	11	29
2.3 Tipo de Entidad Valoradora				2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI				801001440		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD				
Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI		NO	X
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO	
Dominio	Puntaje
Cognición	75.00
Movilidad	20.00
Cuidado Personal	37.50
Relaciones	20.00
Actividades de la Vida Diaria	43.75
Participación	46.88

1. Codigos Funciones Corporales
b110.3 b114.3 b117.3
2. Codigos Estructuras Corporales
3. Codigos Actividades y Participación
d161.3 d175.3 d598.3



SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885

SANDRA CLARENA CORREA OSPINA

Medicina

CC-30396649



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMDSA QUINDIO NIT. 900601005-4	Código: MS-DA-PO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Jurídica
-----------------------	---	------------------------	----------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

Ciudad: Armenia Fecha: día 29 mes 11 año 2022 Hora: 9:30

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO:	<u>OTON HUMBERTO TRIVIN</u>
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI <u>CC</u> <u>1</u> OTRO <u> </u>	NÚMERO <u>938195</u>
FECHA DE NACIMIENTO: día <u>04</u> mes <u>08</u> año <u> </u>	EDAD <u> </u>
EAPS: <u> </u>	PROFESIONAL: <u> </u>

En cumplimiento a la Ley 1761 de 2016 y la Resolución 346 de 2016, lo cual informo oportuno y oportunamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que puedan derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMDSA S.A.S. para SERVICIOS Y ALTERNATIVAS de valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. Este profesional del equipo multidisciplinario de salud que participe en la realización de la valoración con el fin de que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de matrícula y asentamiento de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de este consentimiento como persona con discapacidad.
2. Me informo que la valoración clínica lo realizará un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de diversas especialidades, que se basarán en la historia clínica y soporte de pruebas diagnósticas, así como de los datos de las preguntas valorativas con sus datos, preferencias y actividades actuales, así como de la información sobre aspectos significativos para mí y los aspectos que requiera yo mismo para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tener dudas, a que se respondan en tiempo y oportuno, y a que se me proporcionen los datos y datos necesarios que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se hacen a cada uno de ellos y yo, puedo recibir apoyo de otro personal para responder, en caso de sentirme incomodado. También que puedo dejarlo en el momento que lo necesito, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo concluir con total libertad.
5. Me informo que la información que yo suministro será utilizada con fines estadísticos por los diferentes niveles de gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos dirigidos a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además de ser utilizada en un medio de verificación o promoción para programas sociales y realizar la oferta de programas institucionales.

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos al comprometerse en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Definir el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y estoy participando en el proceso de valoración multidisciplinaria descrita en este documento legal, con pleno conocimiento de los riesgos, beneficios y complicaciones de la valoración, y manifiesto mi consentimiento para la realización de la valoración.



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257944

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:22 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa
Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

NIT 890000464-3

Ingreso 12432825

Paciente C.C : 4368138

OSCAR HUMBERTO MARIN BELTRAN Tel: 3027492862 Tipo Especial u Otro

Sexo Masculino

Edad 86 Años / 7 Me

Fecha Ingreso 29 nov. 2025 08:11 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 03:24 p.m.

Medico 30396649 - SANDRA CLARENA CORREA OSPINA

Autorización:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló
☐ Pendiente de pago

Cufe: 0d6a8c1304e59155f59f12406082e3d60312d6ea29da3d7294a0df7126efeee43c23e079c77e815aba305ab88d0e89d7

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2023 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 20:

Usuario Id. :10883021!





DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE			
1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
ANGEL	JOSE	RAMIREZ	RAMIREZ
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
QUINDIO		ARMENIA	

1.7 Documento de Identidad									
Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de Identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Camet diplomático	Permiso especial de permanencia	
Número de documento de identidad:				1318189					

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN					
2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	29
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD				
Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI		NO	X
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	100.00
Cuidado Personal	100.00
Relaciones	65.00
Actividades de la Vida Diaria	93.75
Participación	68.75

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO	
1. Codigos Funciones Corporales	
b117.3 b122.3 b770.3	
2. Codigos Estructuras Corporales	
s110.378	
3. Codigos Actividades y Participación	
d161.2 d175.2 d598.4	



PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD		
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Calificación
SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA	Trabajador Social	CC-1094948305
DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO	Psicología	CC-25024885
SANDRA CLARENA CORREA OSPINA	Medicina	CC-30396649



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENA QUINDIO NIT. 891691449-9	Código: MI-DA-PO-020
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Clínica
-----------------------	---	------------------------	---------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Ciudad Armenia FECHA: DIA 29 MES 11 AÑO 2022 HORA 9.40

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO: <u>Angel Jose Ramirez</u>	
TIPO DE IDENTIFICACION: <u>CCY</u> DE <u>9780</u>	NÚMERO: <u>131 81 89</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>12</u> MES <u>05</u> AÑO <u>93</u>	EDAD <u>89</u>
EAP: <u>Armenia</u>	
PROFESIONAL: <u>Diana T. Jara</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2016 y la Resolución 248 de 2016, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que otorgo a RED SALUD ARMENA E.S.E. para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. Me informa que el equipo multidisciplinario de salud que participa en la realización de la valoración me informe que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de estar reconocido como persona con discapacidad.
2. Me informa que la valoración clínica la realizará un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basarán en la historia clínica y soporte de pruebas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informa que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informa que las preguntas que se formulan a cabo serán éticas y yo puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de sentirme inseguro. También que puedo decidir en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informa que la información que yo suministro será utilizada con fines estadísticos por las diferentes instancias del gobierno, para elaborar políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o planeación para programas sociales y realizar la oferta de programas institucionales.

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos al cumplimiento en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Denegar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: Me otorgo la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria descrito en este documento legal, sustentado bajo el artículo de mi derecho consagrado en la Constitución Política de Colombia y

Yo, el/la Angel Jose Ramirez Manifiesto por la Red Salud Armenia E.S.E.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 901001440-8	Código: MI-DA-FO-020
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

códigos de ética de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1995 de 1999 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): Múltiple

FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO

Donat K. Jorda
FIRMA DEL PROFESIONAL

06959
REGISTRO

2502685
DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

Ana Lucía Osorio
NOMBRE DEL ACUDIENTE
[Firma]
FIRMA DEL ACUDIENTE

[Firma]
PARENTESCO

66742781
DOCUMENTO

DESISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E. **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cedula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Elaborado: THERESA PUECO | Revisado: MAYRA CORTES | Aprobado: CECILIA DE FIGUEROA CORTES



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257982

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:42 p.m.

Dirección: Av. Montecario Urb. Guaduales de la Villa

Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

NIT 890000464-3

Ingreso **12432866**

Paciente C.C : 1318189

ANGEL JOSE RAMIREZ RAMIREZ

Tel: 7369620

Tipo Especial u Otro

Sexo Masculino

Edad 92 Años / 6 Me

Fecha Ingreso 29 nov. 2025 08:21 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 02:30 p.m.

Medico 30396649 - SANDRA CLARENA CORREA OSPINA

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló

☐ Pendiente de pago

Cufe: 0cfbb8cbc6477bb6748d030c196ee7bdbc8fb8379541b9bc3c36de316c50d44e3c49fce786db71d12c6ace5ae5cd9600

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150





a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE			
1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
AMPARO		URIBE	SEPULVEDA
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
QUINDIO		ARMENIA	

b. 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:				24479243				

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN					
2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	29
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

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	10.00
Cuidado Personal	37.50
Relaciones	25.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	31.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO	
1. Codigos Funciones Corporales	
b110.2 b117.2 b122.2	
2. Codigos Estructuras Corporales	
3. Codigos Actividades y Participación	
d161.2 d570.1 d879.2	



I. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

NOMBRE	Profesión	Tipo y Número de identificación
SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA	Trabajador Social	CC-1094948305
DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO	Psicología	CC-25024885
SANDRA CLARENA CORREA OSPINA	Medicina	CC-30396649



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.

FOR OFFICIAL USE ONLY

OFFICIAL USE ONLY
OFFICIAL USE ONLY
OFFICIAL USE ONLY

Form 10-DA-FO-021

Version 1

Fecha de emisión (DD/MM/AA)

Fecha de revisión (DD/MM/AA)

Página 1 de 2

Nombre del
interesado

Características informadas para valoración por equipo
multidisciplinario para Certificación de Discapacidad

Unidad
Administrativa

Subgerencia
Certificación

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

Nombre: Américo Fecha: 29 de 11 de 2019 Hora: 15:00

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Américo Uribe

Identificación: 11879290

Fecha: 29 de 11 de 2019

El consentimiento a la Ley 1791 de 2016 y a Resolución 445 de 2016 se otorga voluntariamente, sin coacción y sin intimidación, por parte de los interesados y representantes que pueden ser designados por el interesado o su representante.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente doy consentimiento a RED SALUD ADULTOS E.S.E. para SOLICITAR Y AUTORIZAR en mi nombre a los equipos multidisciplinarios para certificación de discapacidad.

Definiciones

- Este consentimiento del equipo multidisciplinario de salud que participará en la realización de la valoración de interés que el interesado o su representante de certificación de discapacidad, se realizará en el registro de la dirección y representación de personas con discapacidad en la línea de salud y parte de otros relacionados como personas con discapacidad.
- Se refiere que la valoración directa la realizará un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de diversas disciplinas que se basan en la historia clínica, reporte de exámenes diagnósticos, así como de una serie de pruebas complementarias con los datos, preferencias y actividades realizadas con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiere en el momento de la realización de las actividades de la vida diaria y en participación social.
- Se refiere que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias, y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes necesarios que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
- Se refiere que las personas que se basan en la vida propia o en la de otra persona para responder en casos de emergencia médica. También que puede designar en el momento que lo requiere, que no soy competente legal y físico, por lo que puede actuar con total libertad.
- Se refiere que la información que se recolecta será utilizada con fines estadísticos por las diferentes entidades de gobierno para mejorar políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad además de ser utilizada en un medio de verificación o participación para programas sociales y mejorar la oferta de servicios institucionales.

Objetos e Obligaciones: No se otorga consentimiento a la realización de la valoración profesional.

Responsables: Red de Salud Adultos E.S.E. y representantes de certificación de discapacidad.

Observaciones: No otorgo consentimiento a que se me tome y se me participe en el proceso de valoración multidisciplinaria, además de que el consentimiento legal otorgado bajo el proceso de valoración comprende en la certificación por parte de Colombia y

Nombre: Américo Uribe Fecha: 29 de 11 de 2019

 <p>Red Salud Armenia El Cuidado es lo mejor</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 901891449-6</p>	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Clínica
-----------------------	---	------------------------	---------------------

códigos de ética de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1895 de 1999 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): Multiple

Amparo KOURIDES
FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO

Donat H. Daza
FIRMA DEL PROFESIONAL

120959
REGISTRO

25029885
DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

Ana Lucía Osorio M
NOMBRE DEL ACUDIENTE

[Signature]
FIRMA DEL ACUDIENTE

Enfermera Profesional
PARENTESCO

060742721
DOCUMENTO

CONSENTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E, **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cédula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. Los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. Para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

1. Nombre del Paciente	2. Fecha de Emisión	3. Lugar de Emisión
------------------------	---------------------	---------------------



RED SALUD ARMENIA E.S.E.



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257969

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:36 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa
Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001 MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

NIT 890000464-3

Ingreso 12432966

Paciente C.C : 24479243

AMPARO URIBE SEPULVEDA

Tel: 3137650924 Tipo Especial u Otro

Sexo Femenino

Edad 74 Años / 3 Me

Fecha Ingreso 29 nov. 2025 08:46 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 02:44 p.m.

Medico 30396649 - SANDRA CLARENA CORREA OSPINA

Autorización:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873
VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS						\$ 168.873,00
VALOR IVA						\$ 0,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION						\$ 0,00
VALOR ANTICIPO						\$ 0,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO						\$ 0,00
VALOR DESCUENTOS						\$ 168.873,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO						

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló
☐ Pendiente de pago

Cufe: 5588d23721a08da0f4fa48d06169f63e99dfed7c2abfaae25223428e03ad49934a60795461de07cf7264a7363ed40fa9

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. : 1088302150





DATOS PERSONALES DE SOLICITANTE			
1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
ALCIRA		ORTIZ	VIUDA DE RAMIREZ
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
QUINDIO		ARMENIA	

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:			38770018					

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
REDSALUD ARMENIA E.S.E		2025	11	29
2.3 Tipo de Entidad Valoradora		2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI		801001440		

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	45.83
Movilidad	35.00
Cuidado Personal	18.75
Relaciones	25.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	40.63

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO	
1. Codigos Funciones Corporales	
b114.3 b117.1 b122.3	
2. Codigos Estructuras Corporales	
3. Codigos Actividades y Participación	
d161.2 d879.2 d910.2	



PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD		
Nombre	Profesión	Código y número de calificación

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885

SANDRA CLARENA CORREA OSPINA

Medicina

CC-30396649



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801001440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA
CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD**

CIUDAD: Armenia FECHA: DIA 11 MES 25 AÑO 2022 HORA 10:40

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO: <u>Alcira Ortiz</u>	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI <u>CC</u> ☒ CE <u>OTRO</u> ☐	NÚMERO: <u>38770018</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>12</u> MES <u>12</u> AÑO <u>44</u> EDAD <u>80</u>	
EAPB: <u>Armenia IPS</u> ARL	
PROFESIONAL: <u>Diana H. Taca</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizara un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevaran a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Escudo: <u>Neurología</u>	Riesgo: <u>Alto</u>	Continúa: <u>Continúa</u>	Aprobó: <u>Centro de Personas Ciegos</u>
---------------------------	---------------------	---------------------------	--

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA S.A. NIT. 899291446-6	Código: M-SA-FO-020
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Clínica
-----------------------	---	------------------------	---------------------

códigos de ética de esta profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1005 de 1999 y la resolución 13457 de 1991, donde se adopta el deber de confidencialidad de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ **Paciente en condición de discapacidad (especifique la condición):** Biológico

FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO

Ana M. Jara

126959

25029885

FIRMA DEL PROFESIONAL

REGISTRO

DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

Ana Lucía Osorio M

NOMBRE DEL ACUDIENTE

[Firma]

FIRMA DEL ACUDIENTE

[Firma]

PARENTESCO

66742781

DOCUMENTO

REGISTRO PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, limitaciones, alternativas y responsabilidades del procedimiento para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de RED SALUD ARMENIA E.S.E. DECIDO NO AUTORIZAR el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Sello del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

Los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal



RED SALUD ARMENIA E.S.E.



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257946

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:24 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa

Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

NIT 890000464-3

Ingreso 12433083

Paciente C.C : 38770018

ALCIRA ORTIZ VDA DE RAMIREZ

Tel: 7369620

Tipo Especial u Otro

Sexo Femenino

Edad 81 Años / 1 Me

Fecha Ingreso 29 nov. 2025 09:17 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 03:20 p.m.

Medico 30396649 - SANDRA CLARENA CORREA OSPINA

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló

☐ Pendiente de pago

Cufe: e15bd0b0f495d5d3f3781a3f8683d5dcad0bc2dcfbcea05373293516d53666b66a5f2448c8e10ae1a885cd1d0e7820bd

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
HEBER		MORALES	ECHAVARRIA
QUINDIO		ARMENIA	

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de Identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Camet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:				4362803				

2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	29
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

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	40.00
Cuidado Personal	43.75
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	43.75

1. Codigos Funciones Corporales

b114.2 b117.2 b122.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.278

3. Codigos Actividades y Participación

d161.2 d175.2



SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885

SANDRA CLARENA CORREA OSPINA

Medicina

CC-30396649



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801001440-8	Código: MI-DA-FO-028
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

CIUDAD: Aiménio FECHA: DIA 16 MES 11 AÑO 2017 HORA 10:40

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO: <u>Heber Morales Echevarría</u>	NÚMERO: <u>9362803</u>
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI <u>CC</u> CE <u>OTRO</u>	
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>30</u> MES <u>03</u> AÑO <u>60</u> EDAD <u> </u>	
EAPB: <u>Alcaldía EPS</u> ARL <u> </u>	
PROFESIONAL: <u>Diana M. Waza</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2018, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E. para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/a profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconoceme como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizara un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevaran a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Elaboro: <u>Terapeuta</u>	Reviso: <u>Mejora Continua</u>	Aprobo: <u>Comité de Personas Con Discapacidad</u>
---------------------------	--------------------------------	--

 Red Salud Armenia <small>DE CUIDAR DE TODOS</small>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801001440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

códigos de ética de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1996 de 1999 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): MULTIPLE

FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO

Donat H. Jooza

FIRMA DEL PROFESIONAL

126959

REGISTRO

25029895

DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

Ana Lucia Osorio

NOMBRE DEL ACUDIENTE

[Firma]

FIRMA DEL ACUDIENTE

Enfermera
[Firma]

PARENTESCO

60242781

DOCUMENTO

DESISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E, **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cedula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Elaboró: TIBOLTA PAULIS	Revisó: Mayra Contreras	Aprobó: Comité de Historias Clínicas
-------------------------	-------------------------	--------------------------------------



RED SALUD ARMENIA E.S.E.



Página 1/2

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257960

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:32 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa
Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

NIT 890000464-3

Ingreso 12433066

Paciente C.C : 4362803

HEBER MORALES ECHAVARRIA

Tel: 3117865368 Tipo Especial u Otro
-7369620

Sexo Masculino

Edad 89 Años / 11 M

Fecha Ingreso 29 nov. 2025 09:12 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 02:53 p.m.

Medico 30396649 - SANDRA CLARENA CORREA OSPINA

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló
☐ Pendiente de pago

Cufe: 3b11d499cc1f596792495edc14847bd54e83714f129583ff781b847e00d89ab7ea61742a428b660545295f29582dc3ae

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
ESPERANZA		MENDEZ	HERRERA
1.5 País de nacimiento	1.6 País de Residencia		
QUINDIO	ARMENIA		

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

Número de documento de identidad: 41896369

DETALLE Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E	Año	Mes	Día
	2025	11	29
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	801001440		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	75.00
Movilidad	15.00
Cuidado Personal	62.50
Relaciones	75.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	53.13

7. NIVEL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b110.2 b114.2 b122.2

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d161.3 d175.3 d910.3



SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885

SANDRA CLARENA CORREA OSPINA

Medicina

CC-30396649



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: MI-DA-FO-028
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

CIUDAD: Armenia. FECHA: DIA 29 MES 11 AÑO 2022 HORA 10:40

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO: <u>Esperanza Mondet</u>	NÚMERO: <u>41896639</u>
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI <u>CC</u> ☒ CE <u>OTRO</u>	
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>06</u> MES <u>27</u> AÑO <u>60</u> EDAD <u>77</u>	
EAPS: <u>Salud Total</u> ARL	
PROFESIONAL: <u>Diana K. Baza</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E. para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconozco como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizará un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevarán a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Elaboró: Nejaira T. Soto Revisó: Nejaira T. Soto Aprobó: Comité de Ética Clínica

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801081448-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

códigos de área de cada profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1995 de 1999 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes.

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☐ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): Psicosocial

FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO

Diana TX. 2020
FIRMA DEL PROFESIONAL

126939
REGISTRO

25021895
DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

Ana Lucía Ochoa
NOMBRE DEL ACUDIENTE

[Firma]
FIRMA DEL ACUDIENTE

Enfermera profesional
PARENTESCO

06742781
DOCUMENTO

DESISTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E. **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cedula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Elaboró: TISOLVOSPULTA	Revisó: Mejora Continua	Aprobó: Comité de Historias Clínicas
------------------------	-------------------------	--------------------------------------



RED SALUD ARMENIA E.S.E.



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257921
Nit: 801001440-8 Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:09 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa
Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001 MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183 SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

NIT 890000464-3

Ingreso 12433099

Paciente C.C : 41896369

ESPERANZA MENDEZ HERRERA

Tel: .

Tipo Subsidiado

Sexo Femenino

Edad 65 Años / 5 Me

Fecha Ingreso 29 nov. 2025 09:21 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 03:43 p.m.

Autorizacion:

Medico 30396649 - SANDRA CLARENA CORREA OSPINA

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

VALOR DESCUENTOS

\$ 168.873,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló
☐ Pendiente de pago

Cufe: 31660e8672399296911cd0e13e3645915d781922d4f9a0176b3c5e9f3eb437f13d6cee41e1941d4c5814b43beb95b8fb

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
GERMAN		GIRALDO	ZULUAGA
1.5 Departamento		1.6 Municipio	
QUINDIO		ARMENIA	

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Camet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:			4426350					

2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	29
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

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	45.83
Movilidad	75.00
Cuidado Personal	75.00
Relaciones	55.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	59.38

1. Codigos Funciones Corporales
b114.2 b117.2 b122.2
2. Codigos Estructuras Corporales
3. Codigos Actividades y Participación
d175.2 d4602.3 d910.3



SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885

SANDRA CLARENA CORREA OSPINA

Medicina

CC-30396649



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

CIUDAD Armenia FECHA: DIA 29 MES 11 AÑO 2022 HORA 11:00

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO <u>German Giraldo</u>	NÚMERO: <u>9425370</u>
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI <u>CC</u> ☒ CE <u>OTRO</u>	
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>24</u> MES <u>02</u> AÑO <u>51</u> EDAD <u>74</u>	
EAPS <u>Nueva EPS</u> ARL <u>2022</u>	
PROFESIONAL <u>Diana J. 2022</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 248 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E. para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizara un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevaran a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Elaboró: <u>Neofar Ospina</u>	Revisó: <u>María Zúñiga</u>	Aprobó: <u>Comité de Ética y Calidad</u>
-------------------------------	-----------------------------	--

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA GUINCHO INT. 807001445-8	Código: M-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 09/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Solicitante	Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Responsable Clínico
---------------------------	--	---------------------------	------------------------

códigos de ética de esta profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1885 de 1999 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIAS: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con nuestro gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): Poraccapual

FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO

Diana M. T. 10022

FIRMA DEL PROFESIONAL

126979

REGISTRO

25024685

DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

Ana Lucía Osorio

NOMBRE DEL ACUDIENTE

[Firma]

FIRMA DEL ACUDIENTE

[Firma]

PARENTESCO

66742781

DOCUMENTO

CONSENTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E. **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cédula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Elaboró: [Firma] | Revisó: [Firma] | Aprobó: [Firma]



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257927
Nit: 801001440-8 Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:13 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa
Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001 MUNICIPIO DE ARMENIA
Plan 001183 SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

Dirección CRA 17 16-00
NIT 890000464-3

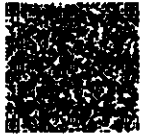
Ingreso 12433172

Paciente C.C : 4426350 GERMAN GIRALDO ZULUAGA Tel: 3117865368 Tipo Especial u Otro
Sexo Masculino Edad 74 Años / 6 Me Fecha Ingreso 29 nov. 2025 09:42 a.m. Fecha Egreso 03 dic. 2025 03:38 p.m.
Medico 30396649 - SANDRA CLARENA CORREA OSPINA Autorización:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	\$ 168.873,00
VALOR IVA	\$ 0,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	\$ 0,00
VALOR ANTICIPO	\$ 0,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	\$ 0,00
VALOR DESCUENTOS	\$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ CANCELÓ
☐ PENDIENTE DE PAGO

Cufe: 5546979838c00a8356a980d9e3d42698a3c7517b9de81b1260ff1f71f7ce774c43898c8196ba9e4dc772e638096b9397

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 202

Usuario Id. :108830215





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
EDILSON	ALBERTO	BUITRAGO	GARCIA
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
QUINDIO		ARMENIA	

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:			18493036					

2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	29
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

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	35.00
Cuidado Personal	81.25
Relaciones	65.00
Actividades de la Vida Diaria	68.75
Participación	75.00

6. DETALLE DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.3 b122.3 b126.3

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d161.3 d570.3 d598.4



<u>SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA</u>	<u>Trabajador Social</u>	<u>CC-1094948305</u>
<u>DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO</u>	<u>Psicología</u>	<u>CC-25024885</u>
<u>SANDRA CLARENA CORREA OSPINA</u>	<u>Medicina</u>	<u>CC-30396649</u>



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801801440-8	Código: MI-DA-PD-020
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Ciudad Armenia FECHA: DIA 29 MES 11 AÑO 2017 HORA 2:00

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO	<u>Edison Alberto buitraco</u>
TIPO DE IDENTIFICACION: TI <u>CC</u> DE <u>OTRO</u>	NÚMERO: <u>18443000</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>20</u> MES <u>02</u> AÑO <u>98</u>	EDAD <u>58</u>
EAPS <u>MURVALPS</u>	PROFESIONAL <u>Umana TA 10020</u>

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2016 y la Resolución 346 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E. para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizará un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me propongan los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevaran a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos e Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar al proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: No entendí la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

☐ Acepto voluntariamente
 Nombre: Edison Alberto Buitrago
☐ Acepto voluntariamente





FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257991

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:48 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa

Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

**SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD**

NIT 890000464-3

Ingreso 12433284

Paciente C.C : 18493036

EDILSON ALBERTO BUITRAGO GARCIA

Id: 3108416647 Tipo Especial u Otro

Sexo Masculino

Edad 57 Años / 9 Me

Fecha Ingreso 29 nov. 2025 10:11 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 02:24 p.m.

Medico 30396649 - SANDRA CLARENA CORREA OSPINA

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

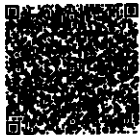
VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló

☐ Pendiente de pago

Cufe: df90257eb444163f92bb5ee6c564a5617f6b95f591827f9e76b81d788e1e56b44164ab0cb6e5040721a5b70ba816efbf

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150





a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE			
1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
GUSTAVO		LEON	GARCIA
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
QUINDIO		ARMENIA	

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:				5816217					

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN					
2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	29
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

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	58.33
Movilidad	50.00
Cuidado Personal	68.75
Relaciones	35.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	59.38

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO	
1. Codigos Funciones Corporales	
b114.2 b117.2 b122.2	
2. Codigos Estructuras Corporales	
3. Codigos Actividades y Participación	
d175.2 d598.3 d910.2	



PROFESIONAL DE LA ECONOMÍA Y DISCIPLINARIO DE SALUD		
Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

Psicología

CC-25024885

SANDRA CLARENA CORREA OSPINA

Medicina

CC-30396649



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801601440-8	Código: MI-DA-FG-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA
CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD**

CIUDAD Armenia FECHA: DIA 25 MES 11 AÑO 2022 HORA 11:40

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO <u>Guillermo Leon Garcia</u>	
TIPO DE IDENTIFICACION: TI <u>CC</u> ☒ CE <u>OTRO</u>	NÚMERO: <u>9816217</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>16</u> MES <u>03</u> AÑO <u>41</u> EDAD <u>84</u>	
EAPB <u>Salud total</u> ARL	
PROFESIONAL <u>Diana M. Tota</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizara un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevaran a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación e priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

En nombre del paciente: Guillermo Leon Garcia En nombre del representante: Diana M. Tota En nombre del profesional: Diana M. Tota

SECRET

SECRET

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1



RED SALUD ARMENIA E.S.E.



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257924

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:11 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa

Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

NIT 890000464-3

Ingreso 12433263

Paciente C.C : 5816217

GUSTAVO LEON GARCIA

Tel: 3137650924 Tipo Especial u Otro

Sexo Masculino

Edad 84 Años / 6 Me

Fecha Ingreso 29 nov. 2025 10:05 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 03:40 p.m.

Medico 30396649 - SANDRA CLARENA CORREA OSPINA

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló

☐ Pendiente de pago

Cufe: 14f28753a5797fc0d35817a0cdd01c2dd849bcd6976bfa1eae553264fd7bbd5f586caaaeb867cb6ebfb645e8c1224b1

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150





1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
ANAIIS		CORDOBA	OROZCO
1.5 Departamento		1.6 Municipio	
QUINDIO		ARMENIA	

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Paseaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad:				24919128				

2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E			Año	Mes	Día
			2025	11	29
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			801001440		

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	66.67
Movilidad	60.00
Cuidado Personal	75.00
Relaciones	70.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	37.50

DETALLE DE CODIFICACIÓN

1. Codigos Funciones Corporales
b110.1 b117.2 b122.2
2. Codigos Estructuras Corporales
3. Codigos Actividades y Participación
d161.3 d175.3 d598.3



<u>SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA</u>	<u>Trabajador Social</u>	<u>CC-1094948305</u>
<u>DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO</u>	<u>Psicología</u>	<u>CC-25024885</u>
<u>SANDRA CLARENA CORREA OSPINA</u>	<u>Medicina</u>	<u>CC-30396649</u>



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: MI-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	---	------------------------	------------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

CIUDAD Armenia FECHA: DIA 29 MES 11 AÑO 2022 HORA 7:00

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO <u>Ana Cardona Orozco</u>	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐	NÚMERO: <u>24919128</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA ☐ MES ☐ AÑO ☐ EDAD <u>88</u>	
EAPS <u>Atica IPS</u> ARL	
PROFESIONAL <u>Diana R. Izazo</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2019, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizará un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevarán a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Firmado: Discapacitada
 Firmado: Mejora Continua
 Firmado: Control de Gestión Clínica

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA GUINDO Nº. 201021445-8	Código: MI-GA-PO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Clínica
--------------------------	--	---------------------------	------------------------

códigos de ética de esta profesión de salud estipulada, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1995 de 1999 y la resolución 13437 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición): Paro cardíaco

FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO

Diana T. Jara
FIRMA DEL PROFESIONAL

1269 99
REGISTRO

25021885
DOCUMENTO

Firma de estudiante, acompañante o Representante legal:

Hebert H. Pacheco
NOMBRE DEL PACIENTE

Hebert H. Pacheco
FIRMA DEL ACUÑADO

PARENTESCO

41953400
DOCUMENTO

CONSENTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en forma expresa que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para esta valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de RED SALUD ARMENIA E.S.E., **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Firma convalidada:

Firma y Sello del Paciente _____

Firma estudiante y/o representante legal _____

NOTA:

1. Los menores de edad a partir de 12 años deben firmar con uno de sus padres o representante legal
2. Para los menores de 12 años deben firmar sus padres o representante legal

Elaboró: Discapacidad | Revisó: Mónica Cárdenas | Aprobó: Comité de Prácticas Clínicas



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257909

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:01 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa

Teléfono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001

MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183

**SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD**

NIT 890000464-3

Ingreso 12432557

Paciente C.C : 24919128

ANAIS CORDOBA OROZCO

Tel: 3122250012 Tipo Especial u Otro

Sexo Femenino

Edad 88 Años / 3 Me

Fecha Ingreso 29 nov. 2025 07:04 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 03:57 p.m.

Medico 30396649 - SANDRA CLARENA CORREA OSPINA

Autorizacion:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

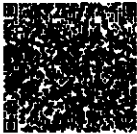
VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ CANCELÓ
☐ PENDIENTE DE PAGO

Cufe: 43846bc2e0297f4f7956e9caf6bf33ee65c8ec0ab45ab618aaccf99ac30f9fa14ea529e0c64ac4e8c2584b4ba5825288

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150





a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
MARIA	CARMENZA	CORDOBA	OROZCO
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia		
QUINDIO	ARMENIA		

a.7 Documento de Identidad

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

Número de documento de identidad: 29803184

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
REDSALUD ARMENIA E.S.E	Año	Mes	Día
	2025	11	29
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	801001440		

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	62.50
Movilidad	40.00
Cuidado Personal	43.75
Relaciones	20.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	59.38

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b114.2 b117.3 b122.3

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d161.3 d175.3 d879.3



I. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre

Profesión

Tipo y Número de identificación

SANDRA MILENA RODRIGUEZ PARRA

Trabajador Social

CC-1094948305

DIANA MARCELA ISAZA LONDOÑO

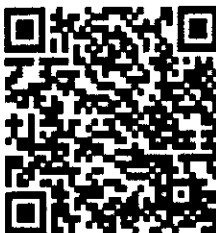
Psicología

CC-25024885

SANDRA CLARENA CORREA OSPINA

Medicina

CC-30396649



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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDIO NIT. 801001446-8	Código: MI-DA-FO-028
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 1 de 2

Nombre del Documento:	Consentimiento Informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
------------------------------	--	-------------------------------	-------------------------------

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA
CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD**

Ciudad Armenia FECHA: DIA 29 MES 11 AÑO 2022 HORA 8:00

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
NOMBRE DEL USUARIO	<u>Maria Carmena Gordona</u>
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐	NÚMERO: <u>29803184</u>
FECHA DE NACIMIENTO: DIA <u>06</u> MES <u>04</u> AÑO <u>39</u> EDAD <u>89</u>	
EAPB <u>ARI</u>	
PROFESIONAL <u>Dona R. Tzaza</u>	

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 246 de 2018, le estoy informando oportuna y anticipadamente, los riesgos, beneficios y complicaciones que pueden derivarse del procedimiento a realizar.

Manifiesto en forma expresa que voluntariamente que acudo a RED SALUD ARMENIA E.S.E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me realice valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad.

Beneficios:

1. El/la profesional del equipo multidisciplinario de salud que participara en la realización de la valoración me informo que el procedimiento de certificación de discapacidad y su inclusión en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, es de libre elección y parte de autor reconocerse como persona con discapacidad
2. Me informo que la valoración clínica la realizara un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de manera simultánea, que se basaran en la historia clínica y soporte de ayudas diagnósticas, así mismo de me hará una serie de preguntas relacionadas con mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para la realización de las actividades de la vida diaria y mi participación social.
3. Me informo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos y ajustes razonables que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. Me informo que las preguntas que se llevaran a cabo entre él/ella y yo, puedo solicitar apoyo de otra persona para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas y malas, por lo que puedo contestar con total honestidad.
5. Me informo que la información que yo suministre será utilizada con fines estadísticos por los diferentes sectores del gobierno, para construir políticas y desarrollar planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, además dicho certificado es un medio de verificación o priorización para programas sociales y reorientar la oferta de programas institucionales

Riesgos o Complicaciones: No se evidencian riesgos ni complicaciones en la realización de la valoración profesional.

Alternativas: Declinar el proceso de certificación de discapacidad.

Observaciones: He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración multidisciplinaria, descrito en este documento legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la constitución política de Colombia y

Elaboro: <u>María Gordona</u>	Revisó: <u>María Contreras</u>	Aprobo: <u>Comité de Historia Clínica</u>
-------------------------------	--------------------------------	---

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA SERVIDO NIT. 891691448-8	Código: MS-DA-FO-029
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 03/11/2022
		Fecha de revisión: 03/11/2022
		Página 2 de 2

Consentimiento informado para Valoración por equipo multidisciplinario para Certificación de Discapacidad	Unidad Administrativa:	Subgerencia Clínica
--	------------------------	---------------------

código de ética de cada profesión de salud ocupacional, así como la norma de manejo de la historia clínica resolución 1995 de 1996 y la resolución 13637 de 1991, donde se adopta el decálogo de derechos de los pacientes

CONSTANCIA: Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

☒ Persona en condición de discapacidad (especifique la condición):

Psicoacústica

[Firma]
FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO

[Firma]
FIRMA DEL PROFESIONAL

126009
REGISTRO

25029887
DOCUMENTO

Firma de acudiente, acompañante o Representante legal:

[Firma]
NOMBRE DEL ACUDIENTE

[Firma]
FIRMA DEL ACUDIENTE

[Firma]
PARENTESCO

00742731
DOCUMENTO

CONSENTIMIENTO PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____ de _____ Años de edad, manifiesto en letras apócrifas que luego de ser informada ampliamente sobre los beneficios, indicaciones, alternativas y complicaciones del procedimiento para para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad, por parte del personal de REDSALUD ARMENIA E.S.E., DECIDO NO AUTORIZAR el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Firma y Cédula del Paciente _____

Firma acudiente y/o representante legal _____

NOTA:

1. los menores de edad a partir de 12 años deben tener con uno de sus padres o representante legal
2. para los menores de 12 años deben tener sus padres o representante legal

EMISOR: THERESA PEREZ	REVISOR: JESSICA CAMERO	APROBADO: CARLOS DE JESUS PEREZ CAMERO
-----------------------	-------------------------	--



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE257988

Nit: 801001440-8

Fecha Factura: 03 dic. 2025 04:44 p.m.

Dirección: Av. Montecarlo Urb. Guaduales de la Villa

Telefono: (6) 737 1010

Facturador 1088302150 - YERSON FELIPE LOPEZ BECERRA

IPS 630010046001

Entidad 63001 MUNICIPIO DE ARMENIA

Dirección CRA 17 16-00

Plan 001183 SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ARMENIA CONTRATO
INTERADMINISTRATIVO 2025-0007 CERTIFICADO
DISCAPACIDAD

NIT 890000464-3

Ingreso 12432694

Paciente C.C : 29803184 MARIA CARMENZA CORDOBA OROZCO Cel: 3137650924 Tipo Especial u Otro

Sexo Femenino Edad 86 Años / 7 Me

Fecha Ingreso 29 nov. 2025 07:39 a.m.

Fecha Egreso 03 dic. 2025 02:26 p.m.

Medico 30396649 - SANDRA CLARENA CORREA OSPINA

Autorización:

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1,00	\$ 168.873,00	\$ 0,00	\$ 0	\$ 168.873

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

\$ 168.873,00

VALOR IVA

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

\$ 0,00

VALOR ANTICIPO

\$ 0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

\$ 0,00

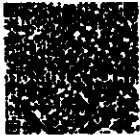
VALOR DESCUENTOS

\$ 0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 168.873,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.



GERENTE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

☐ Canceló

☐ Pendiente de pago

Cufe: c2d0e5f49384ede1573c7bf724d6fd678d0f8e1e4431289cb57acda7a2845b6f4893bc9fb031f03348008dce4d990b9

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGUN RES. DE LA DIAN NUMERO 18764097358800 DEL 21 DE AGOSTO DE 2025 PREFIJO FE DESDE 236.947 HASTA 50.000.000
ESTA FACTURA ES UN TÍTULO VALOR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES SEGUN EL ARTICULO 772 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO - RÉGIMEN COMÚN
WWW.REDSALUDARMENIA.GOV.CO E-MAIL LIDERFACTURACION@REDSALUDARMENIA.GOV.CO

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

Usuario Id. :1088302150



DIAN

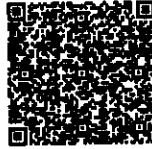
Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario

141213537636



5. Número de identificación Tributaria (NIT)

8 0 1 0 0 1 4 4 0

8. DV

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Armenia

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

1

25. Tipo de documento

26. Número de identificación

Lugar de expedición

28. País

29. Departamento

30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

35. Razón social

RED SALUD ARMENIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E.

36. Nombre comercial

37. Sign

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Quindío

6 3

40. Ciudad/Municipio

Armenia

0 0 1

41. Dirección principal

AV MONTECARLO AL FRENTE DE GUADUALES DE LA VILLA

42. Correo electrónico contabilidad@redsaludarmenia.gov.co

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 4 7 4 2 0 5 7 0

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

48. Código

47. Fecha inicio actividad

8 6 1 0

1 9 9 8 0 8 0 6

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

6 8 0 0

1 9 9 8 0 8 0 6

Otras actividades

50. Código

1 2

51. Código

52. Número
establecimientos

3

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	6	7	1	4	4	2	4	8	6	2															

06- Ingresos y patrimonio.

07- Retención en la fuente a título de rent

14- Informante de exogena

42- Obligado a llevar contabilidad

48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

Exportadores

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las responsabilidades a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario (RUT), tendrá vigencia limitada y en consecuencia se exigirá su renovación.

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

Si

NO

X

60. No. de Folios

0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1825 del 2018. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

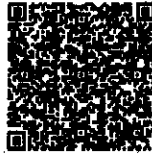
984. Nombre CORREA LOPEZ JOSE ANTONIO

985. Cargo Representante legal Certificado

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141213537636



(415)7707212489984(8020) 0000141213537636

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 0 1 0 0 1 4 4 0 8

Impuestos y Aduanas de Armenia

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

3

63. Formas asociativas

65. Fondos

66. Cooperativas

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

64. Entidades e institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y local
67. Sociedades y organismos extranjeros
70. Beneficencia

2 3

2

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento

1. Constitución

2. Reforma

71. Clase

0 2

72. Número

1 6

73. Fecha

1 9 9 8, 0 8, 0 6

74. Número de notaría

0 1

75. Entidad de registro

0 1

76. Fecha de registro

1 9 9 8, 0 8, 0 6

77. No. Matricula mercantil

78. Departamento

6 3

79. Ciudad/Municipio

0 0 1

82. Nacional

1 0 0 %

83. Nacional público

1 0 0 . 0 %

84. Nacional privado

0 . 0 %

85. Extranjero

0 %

86. Extranjero público

0 . 0 %

87. Extranjero privado

0 . 0 %

Vigencia

80. Desde

1 9 9 8, 0 8, 0 6

81. Hasta

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Superintendencia Nacional de Salud

1 0

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 4	2 0 1 6, 0 9, 0 2		
2				
3				
4				
5				

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante			
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	
173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP			

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141213537636



(415)7707212489984(8020) 0000141213537636

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 0 1 0 0 1 4 4 0 8

Impuestos y Aduanas de Armenia

Representación

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 4 0 4 0 5		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	8 9 0 0 6 0 9 6		
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
CORREA	LOPEZ	JOSE	ANTONIO
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141213537636



(415)7707212489-84(8020) 0000141213537636

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 0 1 0 0 1 4 4 0 8

Impuestos y Aduanas de Armenia

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

111. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	112. Número de identificación 7 5 5 8 5 2 6	113. DV 443 DV	114. Nacionalidad COLOMBIA	115. Otros nombres 1 6 9
115. Primer apellido PADILLA	116. Segundo apellido GARCIA	117. Primer nombre JAMES	118. Otros nombres	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 2 0 0 1 0 2	123. Fecha de retiro	

111. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	112. Número de identificación 7 5 4 3 4 7 3	113. DV 443 DV	114. Nacionalidad COLOMBIA	115. Otros nombres 1 6 9
115. Primer apellido RINCON	116. Segundo apellido ZULUAGA	117. Primer nombre CESAR	118. Otros nombres AUGUSTO	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 2 4 0 4 0 1	123. Fecha de retiro	

111. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	112. Número de identificación 1 8 3 8 6 4 8 2	113. DV	114. Nacionalidad COLOMBIA	115. Otros nombres 1 6 9
115. Primer apellido PACHON	116. Segundo apellido CRUZ	117. Primer nombre HECTOR	118. Otros nombres	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 2 4 0 4 0 1	123. Fecha de retiro	

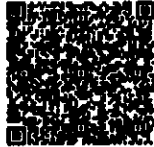
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	112. Número de identificación 7 5 1 0 1 6 3	113. DV	114. Nacionalidad COLOMBIA	115. Otros nombres 1 6 9
115. Primer apellido MORENO	116. Segundo apellido BARRERA	117. Primer nombre LUIS	118. Otros nombres ANTONIO	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 2 4 0 4 0 1	123. Fecha de retiro	

111. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	112. Número de identificación 9 7 7 2 8 8 7	113. DV	114. Nacionalidad COLOMBIA	115. Otros nombres 1 6 9
115. Primer apellido ALVARADO	116. Segundo apellido SARMIENTO	117. Primer nombre ALVARO	118. Otros nombres MANUEL	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 2 4 0 4 0 1	123. Fecha de retiro	

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141213537836



(415)7707212489984(8020)0000141213537836

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 0 1 0 0 1 4 4 0 | 8

Impuestos y Aduanas de Armenia

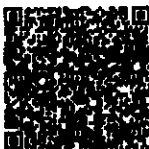
Revisor Fiscal y Contador

124. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	125. Número de identificación 4 1 9 2 7 2 1 2	126. DV 4	127. Número de tarjeta profesional 4 5 3 1 5 T
128. Primer apellido GIRALDO	129. Segundo apellido ARBOLEDA	130. Primer nombre SANDRA	131. Otros nombres LILIANA
132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada	
135. Fecha de nombramiento 2 0 2 0 0 6 0 1			
136. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	137. Número de identificación 4 1 8 9 7 1 4 2	138. DV 6	139. Número de tarjeta profesional 2 3 5 1 8 T
140. Primer apellido PATIÑO	141. Segundo apellido ALZATE	142. Primer nombre SILVIA	143. Otros nombres
144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada	
147. Fecha de nombramiento 2 0 2 2 0 6 0 1			
148. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	149. Número de identificación 2 4 5 8 0 1 2 4	150. DV 1	151. Número de tarjeta profesional 4 4 9 2 6 T
152. Primer apellido HERNANDEZ	153. Segundo apellido MONTEALEGRE	154. Primer nombre ALBA	155. Otros nombres LUZ
156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada	
159. Fecha de nombramiento 2 0 1 2 1 2 0 3			

Especio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141213537636



(415)770721248984(8020)0000141213537636

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 0 1 0 0 1 4 4 0

6. DV

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Armenia

14. Buzón electrónico

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

160. Tipo de establecimiento Sede 0 9	161. Actividad económica Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0
162. Nombre del establecimiento UNIDAD INTERMEDIA DEL SUR	
163. Departamento Quindío 6 3	164. Ciudad/Municipio Armenia 0 0 1
165. Dirección AV MONTECARLO AV HOSPITAL DEL SUR	
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono 3 1 3 6 8 6 3 2 6 2	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento Sede 0 9	161. Actividad económica Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0
162. Nombre del establecimiento CAA DEL SUR	
163. Departamento Quindío 6 3	164. Ciudad/Municipio Armenia 0 0 1
165. Dirección CR 19 CL 44 CL ESQUINA	
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono 3 1 3 6 8 6 3 2 6 2	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento Sede 0 9	161. Actividad económica Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0
162. Nombre del establecimiento CENTRO DE SALUD PILOTO URIBE	
163. Departamento Quindío 6 3	164. Ciudad/Municipio Armenia 0 0 1
165. Dirección BRR RINCON SANTO CL 25 1135	
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono 3 1 3 6 8 6 3 2 6 2	169. Fecha de cierre

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA o ICBF	
NT 801001440	8	RED SALUD ARMENIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E.	8 - MENOS DE 200 COTIZANTES	ACTIVOS	URB GUADALUPE DE LA VILLA AN MONTECARLO	ARMENIA-QUINDIO	7271010	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago					
Persección	Salud	Pago	Planilla	Exonerado	Latido	Pago	Exonerado	Días Mora	Valor
2025-10	2025-11	1011303037	001000000	0	2025/11/13	2025/11/01	BANCO DAVIVIENDA	0	\$220,213,300
RESUMEN DE PAGO									
BIENIO	CODIGO	N.I	DV	ADMINISTRADORA	VALOR DE LIQUIDACION	DIFERENCIAL MORA	SALDO A PAGAR	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)			118		\$88,919,200	\$0	\$0	\$88,919,200	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	77	\$60,070,900	\$0	\$0	\$60,070,900	
PORVENIR	230301	800,224,908	8	20	\$14,090,900	\$0	\$0	\$14,090,900	
PROTECCIÓN	230201	900,229,739	0	21	\$14,757,400	\$0	\$0	\$14,757,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)			120		\$12,882,600	\$0	\$0	\$12,882,600	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	120	\$12,882,600	\$0	\$0	\$12,882,600	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)			120		\$22,056,900	\$0	\$0	\$22,056,900	
COMPENALCO-QUINDIO	CCF43	890,000,381	0	120	\$22,056,900	\$0	\$0	\$22,056,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)			120		\$68,779,900	\$0	\$0	\$68,779,900	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	45	\$27,480,200	\$0	\$0	\$27,480,200	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	29	\$16,159,400	\$0	\$0	\$16,159,400	
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	\$264,400	\$0	\$0	\$264,400	
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	7	\$3,211,500	\$0	\$0	\$3,211,500	
SALUD TOTAL	EPS002	900,156,907	4	7	\$4,467,300	\$0	\$0	\$4,467,300	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	31	\$17,197,100	\$0	\$0	\$17,197,100	
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)			120		\$16,543,200	\$0	\$0	\$16,543,200	
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	120	\$16,543,200	\$0	\$0	\$16,543,200	
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)			120		\$11,031,500	\$0	\$0	\$11,031,500	
SENA	PASENA	899,999,034	1	120	\$11,031,500	\$0	\$0	\$11,031,500	
TOTAL			120		\$220,213,300	\$0	\$0	\$220,213,300	

SANDRA LILIANA GIRALDO ARBOLEDA
REVISOR FISCAL
TEL 3154582574

**EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE
RED SALUD ARMENIA ESE
NIT: 801.001.440-8**

CERTIFICA QUE:

De acuerdo con el resultado las pruebas selectivas realizadas a los documentos y registros de contabilidad de conformidad con las Normas Internacionales de Auditoria y de Aseguramiento de la información, Certifico que Red Salud Armenia ESE identificada con NIT 801.001.440-8 se encuentra a Paz y Salvo por conceptos de pago de sus obligaciones con los sistemas de Salud, Riesgos Laborales, Pensiones, Aportes a la Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (Sena), del personal vinculado a la entidad por los últimos seis (6) meses estando al día por el mes de Septiembre y Octubre de 2025 y con fecha de pago Octubre 03 de 2025, correspondiente a la Salud de Octubre de 2025 y Pensión Septiembre de 2025, de forma oportuna según planilla No 9492910618.

El pago de dichos aportes es responsabilidad de la Administración de la entidad. Mi responsabilidad de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 27 de diciembre de 2002, es emitir un informe certificado el cumplimiento de tales obligaciones.

Dado en Armenia a los (06) días del mes de octubre de 2025.



SANDRA LILIANA GIRALDO ARBOLEDA
Revisora Fiscal
TP. 45315-T

UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES**



Certificado No:



LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

**CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE**

Que el contador público **SANDRA ELIANA GIRALDO ARBOLEDA** con Cédula de Ciudadanía No 4192345678 ARMENIA (QUINDIO) Y Tarjeta Profesional No 45315-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 3 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *****

Dado en Bogotá a los 5 días del mes de Septiembre de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.


SANDRA MILENA SANTOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999 DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2004 ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

SANDRA LILIANA GIRALDO ARBOLEDA
REVISOR FISCAL
TEL 3154582574

**EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE
RED SALUD ARMENIA ESE
NIT: 801.001.440-8**

CERTIFICA QUE:

De acuerdo con el resultado las pruebas selectivas realizadas a los documentos y registros de contabilidad de conformidad con las Normas Internacionales de Auditoria y de Aseguramiento de la información, Certifico que Red Salud Armenia ESE identificada con NIT 801.001.440-8 se encuentra a Paz y Salvo por conceptos de pago de sus obligaciones con los sistemas de Salud, Riesgos Laborales, Pensiones, Aportes a la Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (Sena), del personal vinculado a la entidad por los últimos seis (6) meses estando al día por el mes de Octubre y Noviembre de 2025 y con fecha de pago Noviembre 07 de 2025, correspondiente a la Salud de Noviembre de 2025 y Pensión Octubre de 2025, de forma oportuna según planilla No 9494505249.

El pago de dichos aportes es responsabilidad de la Administración de la entidad. Mi responsabilidad de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 27 de diciembre de 2002, es emitir un informe certificado el cumplimiento de tales obligaciones.

NOTA: La presente certificación se expide en virtud del contrato Número 2230106 Convenio 222005, firmado con la EMPRESA NACIONAL PROMOTORA DEL DESARROLLO TERRITORIAL-ENTERRITORIO

Dado en Armenia a los (10) días del mes de Noviembre de 2025.


SANDRA LILIANA GIRALDO ARBOLEDA
Revisora Fiscal
TP. 45315-T

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL
JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES



45315-T

SANDRA LILIANA
GIRALDO ARBOLEDA
C.C. 41927212
RES. INSCRIPCION 131
UNIVERSIDAD DEL QUINDIO

DEL 07/12/1995



351915

JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL

53408

2000000000

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL
JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES



Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público o Entidad Prestadora de Servicios Contables, según corresponda, de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990 y el Decreto 1510 de 1998. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (60)(1) 644 4480 o devolverla a la UAE - Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97-48 Of. 301 en Bogotá D.C.



FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

41.927.212
GIRALDO ARBOLEDA

SANDRA LILIANA

Sandra Liliana Giraldo Arboleda
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 30-ENE-1973
SEVILLA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 A+ F
ESTATURA G.S RH SEXO

28-JUN-1991 ARMENIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Sandra Liliana Giraldo Arboleda*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A 2600100-00253885 | 0041927212 20100907

0023753625A 1

4170899766

ALCALDIA DE ARMENIA

Vigencia Fiscal 2025



NIT. 890000484-3

741 7100

Carrera 16 # 15-28 Centro.

REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISOS N°. 10651

Fecha de Compromiso: 27 de octubre de 2025

Beneficiario RED SALUD ARMENIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. // Nit: 891001449 - 8
No. C.D.P. 2131 / Fecha de Expedición del C.D.P. 21 de febrero de 2025

Tipo de Compromiso Contrato

Oficio JURIDICA DJ-PJU-SUB-0626

Fecha: 19/09/2025

Vence: 31/12/2025

Objeto: CONTRATO INTERADMINISTRATIVO ENTRE EL MUNICIPIO DE ARMENIA - SECRETARIA DE SALUD Y RED SALUD ARMENIA ESE- PARA LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTO DE CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD CONFORME A LOS LINEAMIENTOS QUE DETERMINA LA RESOLUCION 1197 DE JUNIO DEL 2024- EMITIDA POR PARTE DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

Cto.Utilidad SECRETARIA DE SALUD

IMPUTACION PRESUPUESTAL

Código	Descripción	Valor
--------	-------------	-------

Gastos-Inversion

Recurso Propio-Libre Destinación
RECURSOS PROPIOS

10701 -

2.3.2.02.02.009.1906064.052 - 001

Gestión integral en poblaciones vulnerables

\$ 40.000.000,00

Clasificadoras

1905054-91122-1 2 1 0 0 0

40.000.000,00

Total Compromiso

\$40.000.000,00

Programación de PAC*

Mes	Valor Programación
Noviembre	\$20.000.000,00
Diciembre	20.000.000,00
Valor Total	\$40.000.000,00

GERMAN ALONSO RIVERA CASTRILLÓN
Lider de presupuesto

Elaboró

Revisó

Elaboró JCLOPEZG

PCT Enterprise - Page 1 of 1 - RPC 10651

*Los pagos se condicionan al cumplimiento de los requisitos establecidos contractualmente.



DAVIVIENDA

CERTIFICA:

Que **RED SALUD ARMENIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E** identificado con Nit 8010014408 actualmente posee con nuestra entidad la siguiente cuenta:

Cuenta de Ahorros: 137300091899

Denominación: RECURSOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD Y REGISTRO DE LOCALIZACION Y CARACTERIZACION DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

Fecha de Apertura: 2024/09/03

Estado: Vigente

Asimismo certificamos que la cuenta ha sido manejada correctamente de acuerdo a las políticas del Banco.

Dicha certificación se expide a solicitud de Red Salud Armenia con destino a quien pueda interesar, se firma el 1 de diciembre del 2025.

Cordialmente,

JULIET TATIANA SANCHEZ CAMACHO
Asesora Senior Regional Eje Cafetero

Contrato No.	2025-0007		
Objeto	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO ENTRE EL MUNICIPIO DE ARMENIA - SECRETARIA DE SALUD Y RED SALUD ARMENIA E.S.E, PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD CONFORME A LOS LINEAMIENTOS QUE DETERMINA LA RESOLUCIÓN 1197 DE JUNIO DE 2024, EMITIDA POR PARTE DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL		
Valor total	\$ 40.000.000	Reg. Presupuestal	2131 10651
Contratista	Empresa Social del Estado Red Salud Armenia		
Representante Legal	José Antonio Correa López		
Supervisor	Jonathan Rene Acevedo Rodríguez		
Fecha de Inicio	12 de Noviembre del 2025		
Fecha de terminación	15 DE DICIEMBRE DE 2025		
Plazo de Ejecución	El plazo de ejecución será a partir de la configuración del inicio del contrato en la plataforma del Secop II, lo cual deberá ocurrir al cumplimiento de los requisitos de ejecución y hasta el 15 de diciembre de 2025 o hasta agotar el presupuesto asignado, lo que ocurra primero.		
Forma de Pago	El Municipio de Armenia pagará el valor del contrato mediante ACTAS PARCIALES acorde con certificados de discapacidad requeridos por la Entidad y efectivamente realizados por RED SALUD, previa presentación por parte del Contratista de la factura acompañada del informe donde conste el cumplimiento del objeto y las obligaciones del contrato, del documento que acredite el pago por parte del contratista de los aportes al Sistema General de Seguridad Social (salud, pensiones y riesgos laborales) y aportes parafiscales (Caja de Compensación Familiar, SENA e ICBF), cuando a ello haya lugar y se otorgue por parte del Supervisor del contrato el certificado de recibido a satisfacción que viabiliza el pago. Los pagos están sujetos a la asignación de recursos del P.A.C (Plan Anual de Caja).		
FECHA DEL ACTA PARCIAL		Año	Mes
		2025	12
		Día	
		02	
Periodo informado	DEL 12 NOVIEMBRE AL 29 DE NOVIEMBRE DE 2025.		
Actividades Desarrolladas	<div><div><div>1. Son las que corresponden a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y/o a los equipos multidisciplinarios de salud de las mismas, expresadas en la Resolución 1197 de 2024 y comprenden específicamente las señaladas en el catálogo de responsabilidades del Ministerio de Salud y de la Protección Social</div><div>https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocionsocial/Discapacidad/Paginas/certificacion.aspx</div></div><div><div>2. Designar un profesional para coordinar y/o articular la prestación de los servicios requeridos con personal designado por la Secretaria de Salud del Municipio.</div><div>Red Salud Armenia E.S.E. cuenta con una coordinadora responsable designada para el proceso de certificación de discapacidad, quien se encarga de velar por el cumplimiento de las obligaciones contractuales y de mantener una comunicación constante y efectiva con el Programa de Discapacidad de la Secretaría de Servicios Sociales y Salud de Calarcá.</div><div>Esta profesional actúa como enlace directo entre la institución y la entidad contratante, resolviendo inquietudes relacionadas con los usuarios asignados, coordinando el flujo de información y gestionando las acciones necesarias para asegurar una ejecución eficiente y conforme a los lineamientos establecidos en la Resolución 1197 de 2024.</div></div><div><div>3. Mantener el equipo multidisciplinario conformado por profesionales registrados en el Directorio Nacional de Certificadores de Discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social, para realizar la valoración clínica del procedimiento de Certificación de Discapacidad por primera vez, así como en</div></div></div>		



INFORME EJECUCIÓN CONTRACTUAL USO GENERAL

Departamento Administrativo Jurídico
Proceso 15. Jurídico

Código: R-DJ-PJU-019

Fecha: 24/02/2025

Versión: 005

Página 2 de 6

los casos en que las personas soliciten una segunda opinión y para la actualización del certificado de discapacidad.

Red Salud Armenia E.S.E. cuenta actualmente con un equipo multidisciplinario habilitado para llevar a cabo el proceso de valoración clínica para la certificación de discapacidad, conforme a los lineamientos establecidos en la Resolución 1197 de 2024. Este equipo está conformado por:

- 1 médico general
- 1 trabajadora social
- 1 psicóloga

Cada uno de los profesionales vinculados cumple con los requisitos de formación, experiencia y certificación exigidos para participar en el proceso de valoración integral. La entidad garantiza la disponibilidad del equipo para la atención de los usuarios asignados y la correcta ejecución de las funciones establecidas en el marco contractual.

4. Disponer de agendas abiertas para la asignación de citas con el equipo multidisciplinario de salud.

Red Salud Armenia cuenta con **agendas abiertas** para la programación de citas destinadas a la **valoración y certificación de discapacidad**, garantizando así el acceso oportuno de la población a este servicio.

5. Garantizar que, en la consulta con el equipo multidisciplinario de salud, cuente con apoyos y ajustes razonables, acorde con las necesidades de cada solicitante, definidas por el médico tratante, para cerciorarse que el solicitante comprenda el resultado del procedimiento de certificación y realice la manifestación de voluntad.

Red Salud Armenia E.S.E. cumple con lo establecido en la Resolución 1197 de 2024 respecto a la implementación de apoyos y ajustes razonables que garanticen una atención adecuada, oportuna y digna a las personas con discapacidad.

6. Garantizar que el procedimiento para la certificación de discapacidad y la expedición del certificado de discapacidad se cumplan una vez se haya agotado el procedimiento previsto en el anexo técnico que hace parte integral de la Resolución 1197 de 2024. 7.

Red Salud Armenia garantiza que la certificación de discapacidad y la entrega del certificado se realicen conforme al procedimiento establecido en el anexo técnico de la Resolución 1197 de 2024, **asegurando** que cada usuario reciba su certificado una vez completada la valoración correspondiente.

7. Realizar la inscripción como entidad usuaria y obligada a reportar información, a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social - SISPRO.

Red Salud Armenia E.S.E. cuenta actualmente con un equipo multidisciplinario habilitado para llevar a cabo el proceso de valoración clínica para la certificación de discapacidad, conforme a los lineamientos establecidos en la Resolución 1197 de 2024. Este equipo está conformado por:

- 1 médico general
- 1 trabajadora social
- 1 psicóloga

Cada uno de los profesionales vinculados cumple con los requisitos de formación, experiencia y certificación exigidos para participar en el proceso de valoración integral. La entidad garantiza la disponibilidad del equipo para la atención de los usuarios asignados y la correcta ejecución de las funciones establecidas en el marco contractual.

8. Reportar y actualizar los usuarios institucionales que ingresarán a los sistemas de información, mediante la plataforma PISIS de este Ministerio, en representación de su entidad.

Red Salud Armenia garantiza la inscripción de sus profesionales en la plataforma PISIS del Ministerio, asegurando así que se puedan realizar las valoraciones necesarias para la certificación de discapacidad. Esto incluye reportar y mantener actualizados los usuarios institucionales que accederán a los sistemas de información en representación de la entidad.

9. Disponer de la infraestructura técnica, tecnológica y administrativa requeridas para el reporte de la información resultante del procedimiento de Certificación de Discapacidad en el RLCPD.

Red Salud Armenia E.S.E. cuenta con la infraestructura técnica, tecnológica y administrativa necesaria para llevar a cabo el proceso de valoración clínica con fines de certificación de discapacidad, conforme a los lineamientos establecidos en la Resolución 1197 de 2024.

10. Registrar en el aplicativo los casos en los que se identifique la condición de discapacidad de la persona, aquellos en los que el resultado determina que no es una persona con discapacidad y el resultado de la segunda opinión en los casos en lo que fue requerida por la persona solicitante.

Los profesionales de Red Salud Armenia encargados de la valoración para certificación de discapacidad garantizan el registro en el aplicativo de todos los casos evaluados, incluyendo aquellos usuarios identificados con discapacidad, los que no cumplen los criterios para ser considerados con discapacidad y aquellos que requieren segunda opinión, asegurando así la trazabilidad y el cumplimiento del procedimiento establecido.

11. Entregar copia del certificado cuando la persona con discapacidad excepcionalmente su representante lo requiera.

Los profesionales de Red Salud Armenia encargados de la valoración para certificación de discapacidad generan y entregan el certificado a todos los usuarios evaluados, garantizando además la entrega de copias cuando, de manera excepcional, su representante lo solicite.

12. Direccionar a la persona con discapacidad hacia la secretaría de salud o la entidad que haga sus veces, para el suministro de información relacionada con los usos del certificado de discapacidad.

Los profesionales de Red Salud Armenia informan y orientan a todos los usuarios con discapacidad sobre los usos y beneficios del certificado de discapacidad, dirigiéndolos, cuando corresponde, a la Secretaría de Salud o a la entidad competente para la entrega de información adicional.

Evidencias de la ejecución del contrato

Red Salud Armenia E.S.E. informa de manera periódica a la referente designado por el municipio sobre la disponibilidad de agenda correspondiente al servicio contratado, garantizando así una coordinación oportuna para la atención de los usuarios asignados.

Así mismo, la entidad cuenta con un **informe técnico detallado** que documenta las **58 valoraciones clínicas realizadas para la certificación de discapacidad**, incluyendo la evidencia requerida por la normativa vigente, tales como certificados emitidos (físicos y digitales), pantallazos del sistema SISPRO, y el consolidado en formato Excel con el desglose por tipo de discapacidad.

Este informe ha sido elaborado en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 1197 de 2024 y sirve como soporte técnico y administrativo para la presentación de cuentas y seguimiento contractual.

Red Salud Armenia E.S.E. cuenta con una base de datos actualizada de los usuarios asignados para el proceso de certificación de discapacidad. Esta información es organizada y gestionada de manera segura, conforme a los lineamientos de confidencialidad y protección de datos personales establecidos en la normatividad vigente.

Dicha base de datos es compartida de manera oportuna con la referente designado por el municipio, con el fin de facilitar la coordinación de las valoraciones, el seguimiento de los casos y el cumplimiento eficiente del objeto contractual. Esta práctica contribuye a una atención organizada, transparente y centrada en las necesidades de la población con discapacidad del municipio.

N°	código Valoración	TIPO DE VALORACION	Tipo ID	Nro ID	NOMBRE COMPLETO	FECHA DE VALORACIÓN	CATEGORIA DISCAPACIDAD	N° FACTURA	OBSERVACION
1	1532420	INSTITUCIONAL	CC	1005094597	DANNA MARCELA LOPEZ	12/11/2025	Múltiple	FE254827	CAIDA DE LA PAGINA
2	1392642	INSTITUCIONAL	RC	1094982882	ABRAHAN JOSE SOTO AZCARATE	12/11/2025	Psicosocial	FE254830	CAIDA DE LA PAGINA
3	1084243	INSTITUCIONAL	CC	1004870476	DEYSON ESTEBAN	12/11/2025		FE254838	Sin discapacidad



INFORME EJECUCIÓN CONTRACTUAL USO GENERAL

Departamento Administrativo Jurídico
Proceso 15. Jurídico

Código: R-DJ-PJU-019

Fecha: 24/02/2025

Versión: 005

Página 4 de 6

					MAZO MARTINEZ				
4	985144	INSTITUCIONAL	TI	1059242305	ANDERSON ELIPE BURBANO GUERRERO	12/11/2025	Múltiple	FE254833	CAIDA DE LA PAGINA
5	1125718	INSTITUCIONAL	CC	1005252611	NESTOR ANIBAL JARAMILLO ROZO	12/11/2025	Psicosocial	FE254837	CAIDA DE LA PAGINA
6	1253343	INSTITUCIONAL	CC	14675721	JESUS ORLANDO MOREANO CUASMAYAN	13/11/2025	Psicosocial	FE255007	
7	1505596	INSTITUCIONAL	PP	5883705	LUIS ALEJANDRO MORON BARRETO	13/11/2025	Múltiple	FE254990	
8	876252	INSTITUCIONAL	TI	1092461536	SAMUEL VALENCIA RIOS	13/11/2025	Psicosocial	FE255001	
9	886357	INSTITUCIONAL	RC	1094982817	SCARLETT VIVEROS ECHEVERRY	13/11/2025	Psicosocial	FE255004	
10	1470564	INSTITUCIONAL	CC	1006201589	MATEO PEREZ ECHEVERRY	13/11/2025	Física	FE255005	
11	887890	INSTITUCIONAL	RC	1097409287	SAMUEL AGUDELO LOPEZ	18/11/2025	Psicosocial	FE255482	
12	978281	INSTITUCIONAL	CC	29330971	ALBA LUCIA CASTAÑEDA	18/11/2025	Física	FE255484	
13	1347173	INSTITUCIONAL	CC	7499822	ORLANDO GOMEZ	18/11/2025	Múltiple	FE255485	
14	1456563	INSTITUCIONAL	CC	24497915	GLADYS OSORIO ORREGO	18/11/2025		FE255486	Sin discapacidad
15	1281600	INSTITUCIONAL	CC	7501671	LUIS ALFREDO TABARES MARIN	18/11/2025	Múltiple	FE255525	
16	1120896	INSTITUCIONAL	CC	1090272975	ANLLY DANIELA SANEZ GIRALDO	19/11/2025	Visual	FE256044	
17	1102535	INSTITUCIONAL	CC	24484432	LUCELIA SAAVEDRA DE ARIAS	19/11/2025		FE256045	Sin discapacidad
18	958230	INSTITUCIONAL	CC	9737091	JORGE IVAN HERNADEZ	19/11/2025	Múltiple	FE256046	
19	788742	INSTITUCIONAL	CC	7535452	FRANCISCO JAVIER LUGO ORTIZ	19/11/2025	Física	FE256047	
20	899350	INSTITUCIONAL	CC	24471599	MARIA ORFILIA TORRES	19/11/2025	Intelectual	FE256048	
21	1267819	INSTITUCIONAL	CC	1222914	GONZALO DE JESUS LOPEZ	19/11/2025	Múltiple	FE255659	
22	836179	INSTITUCIONAL	CC	1094906358	JHON DEIVY ARRUBLA	25/11/2025	Múltiple	FE256465	
23	1011730	INSTITUCIONAL	CC	1094927356	JEFFERSON ARRUBLA	25/11/2025	Múltiple	FE256462	
24	952818	INSTITUCIONAL	RC	1090281704	EMILIANO OSPINA BEDOYA	25/11/2025	Múltiple	FE256460	
25	838118	INSTITUCIONAL	CC	79658791	JUAN LEONARDO DELGADO LEON	25/11/2025	Psicosocial	FE256455	



INFORME EJECUCIÓN CONTRACTUAL
USO GENERAL

Departamento Administrativo Jurídico
Proceso 15. Jurídico

Código: R-DJ-PJU-019

Fecha: 24/02/2025

Versión: 005

Página 6 de 6

50	904121	INSTITUCIONAL	CC	41902494	Marín Beltrán Blanca Lilia Quiroga Bernal	29/11/2025	Múltiple	FE257166	
51	1264856	INSTITUCIONAL	CC	1318189	Ángel José Ramírez Ramírez	29/11/2025	Múltiple	FE257161	
52	786285	INSTITUCIONAL	CC	24479243	Amparo Uribe Sepúlveda	29/11/2025	Múltiple	FE257168	
53	1175448	INSTITUCIONAL	CC	38770018	Alcira Ortiz viuda de Ramírez	29/11/2025	Psicosocial	FE257171	
54	1404434	INSTITUCIONAL	CC	4362803	Heber Morales Echavarría	29/11/2025	Psicosocial	FE257170	
55	1167668	INSTITUCIONAL	CC	41896369	Esperanza Méndez Herrera	29/11/2025	Psicosocial	FE257175	
56	1395332	INSTITUCIONAL	CC	4426350	German Giraldo Zuluaga	29/11/2025	Psicosocial	FE257178	
57	1083504	INSTITUCIONAL	CC	5816217	Gustavo León García	29/11/2025	Psicosocial	FE257185	
58	944504	INSTITUCIONAL	CC	18493036	Edilson Alberto Buitrago García	29/11/2025	Intelectual	FE257186	

ESTADO DE CUENTA

Valor inicial del Contrato	\$ 40.000.000
Valor adición del contrato	NA
Valor del contrato	\$ 40.000.000
Anticipo (Si lo hay)	NO APLICA
Valor Acta No. 1	\$ 9.794.634.
Valor acta No. 2	\$
Valor acta No 3	\$
Valor acta No 4	\$
Valor acta No 5	\$
Saldo (Valor pendiente para pago)	\$

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Entidad en donde se realiza el pago.	DAVIVIENDA	Valor total del aporte	220.213.300
Recibo No.	9494505249	Salud	68.779.900
Periodo cotizado	Periodo: Pensión 2025-10 Salud 2025-11	Pensión	88.919.200
		ARP	12.882.600
		Parafiscales	27.574.700
		CCF	22.056.900

ANEXOS:

Marque con x

Recibo de pago de seguridad social	X
Copia planillas de aporte	
Otros	

OBSERVACIONES:

Firma		
Nombre	José Antonio Gómez López	Jhonatan Rene Acevedo Rodríguez
	Gerente	Supervisor



INFORME EJECUCIÓN CONTRACTUAL USO GENERAL

Departamento Administrativo Jurídico
Proceso 15. Jurídico

Código: R-DJ-PJU-019

Fecha: 24/02/2025

Versión: 005

Página 5 de 6

26	1560634	INSTITUCIONAL	TI	1094959257	LIAM SAMUEL CANO ALONSO	25/11/2025	Psicosocial	FE256560	
27	1264682	INSTITUCIONAL	CC	7518880	JOSE ELIAS ARTEAGA	25/11/2025		FE256470	Sin discapacidad
28	1535412	INSTITUCIONAL	CC	24475004	MARINA GIRALDO LOPEZ	25/11/2025	Física	FE256473	
29	877931	INSTITUCIONAL	CC	29320978	TERESA CHAPARRO	25/11/2025	Múltiple	FE256443	
30	868369	INSTITUCIONAL	CC	1094884033	GISELA JULIETH GARCIA	25/11/2025	Psicosocial	FE256468	
31	1321567	INSTITUCIONAL	CC	41904851	LUZ DARY VIVAS	26/11/2025	Física	FE256722	
32	910558	INSTITUCIONAL	CC	41891405	LYDA BAUTISTA	26/11/2025	Múltiple	FE256730	
33	786135	INSTITUCIONAL	CC	24583183	LEONOR ORTIZ DE LUGO	26/11/2025	Física	FE256726	
34	1210122	INSTITUCIONAL	TI	1090279550	DARWUIN ESTIBEN MARULANDA MARULANDA	26/11/2025	Múltiple	FE256724	
35	1459102	INSTITUCIONAL	CC	24604618	NELCY OSORIO LOAIZA	26/11/2025	Física	FE256729	
36	1072655	INSTITUCIONAL	CC	24566680	BLANCA ALICIA HERNANDEZ	26/11/2025	Múltiple	FE256725	
37	1020718	INSTITUCIONAL	CC	24443299	LILIA RENDON DE PARRA	26/11/2025	Física	FE256728	
38	1251269	INSTITUCIONAL	CC	15262631	ASTRUBAL ANTONIO ZAPATA	27/11/2025	Física	FE256887	
39	901285	INSTITUCIONAL	CC	1094961864	JOSE LUIS RIVADENEIR A HERNADEZ	27/11/2025	Auditiva	FE256889	
40	1207630	INSTITUCIONAL	CC	5947284	ARCANGEL VALENCIA SALGADO	27/11/2025	Física	FE256901	
41	1247803	INSTITUCIONAL	CC	24808920	LINDELIA ESCOBAR	27/11/2025		FE256907	Sin discapacidad
42	816396	INSTITUCIONAL	CC	29134125	LUZ MARY VALENCIA DE CASTAÑO	28/11/2025	Física	FE257052	
43	1460707	INSTITUCIONAL	PP	6340678	FRERIANGEL S SOFIA LUGO AVILA	28/11/2025	Psicosocial	FE257053	
44	1071023	INSTITUCIONAL	PP	7147161	MARIA JOSE OLIVARES AGUILAR	28/11/2025	Múltiple	FE257055	
45	1212847	INSTITUCIONAL	TI	1092462865	YULIAN ANDRES JIMENEZ MORENO	28/11/2025	Psicosocial	FE257056	
46	1408286	INSTITUCIONAL	CC	7541276	JHON JAIRO BERMUDEZ	28/11/2025	Física	FE257058	
47	1046374	INSTITUCIONAL	CC	24919128	Anals Córdoba Orozco	29/11/2025	Psicosocial	FE257149	
48	1079621	INSTITUCIONAL	CC	29803184	María Carmenza Córdoba Orozco	29/11/2025	Psicosocial	FE257155	
49	1502719	INSTITUCIONAL	CC	4368138	Oscar Humberto	29/11/2025	Psicosocial	FE257158	