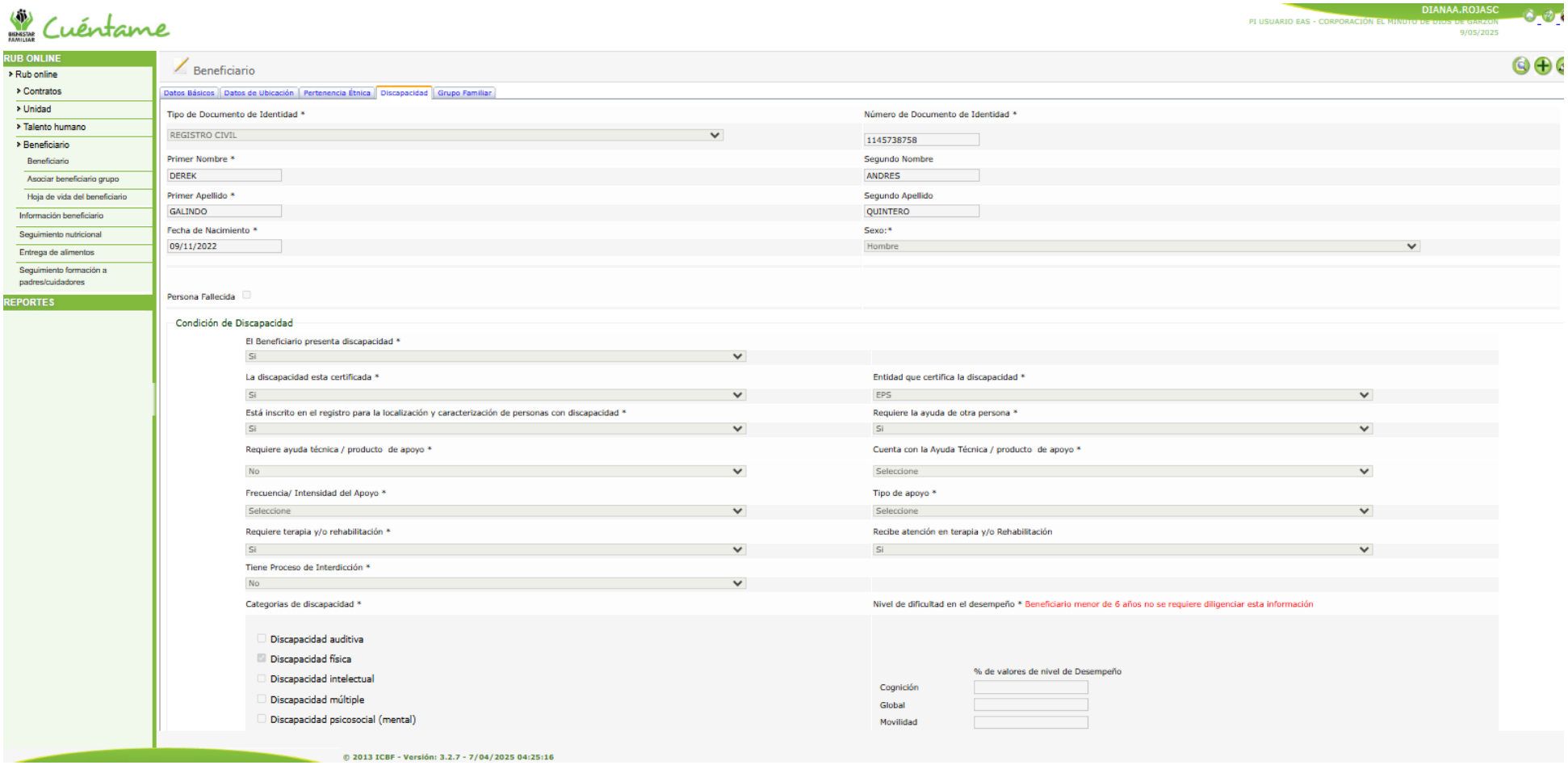
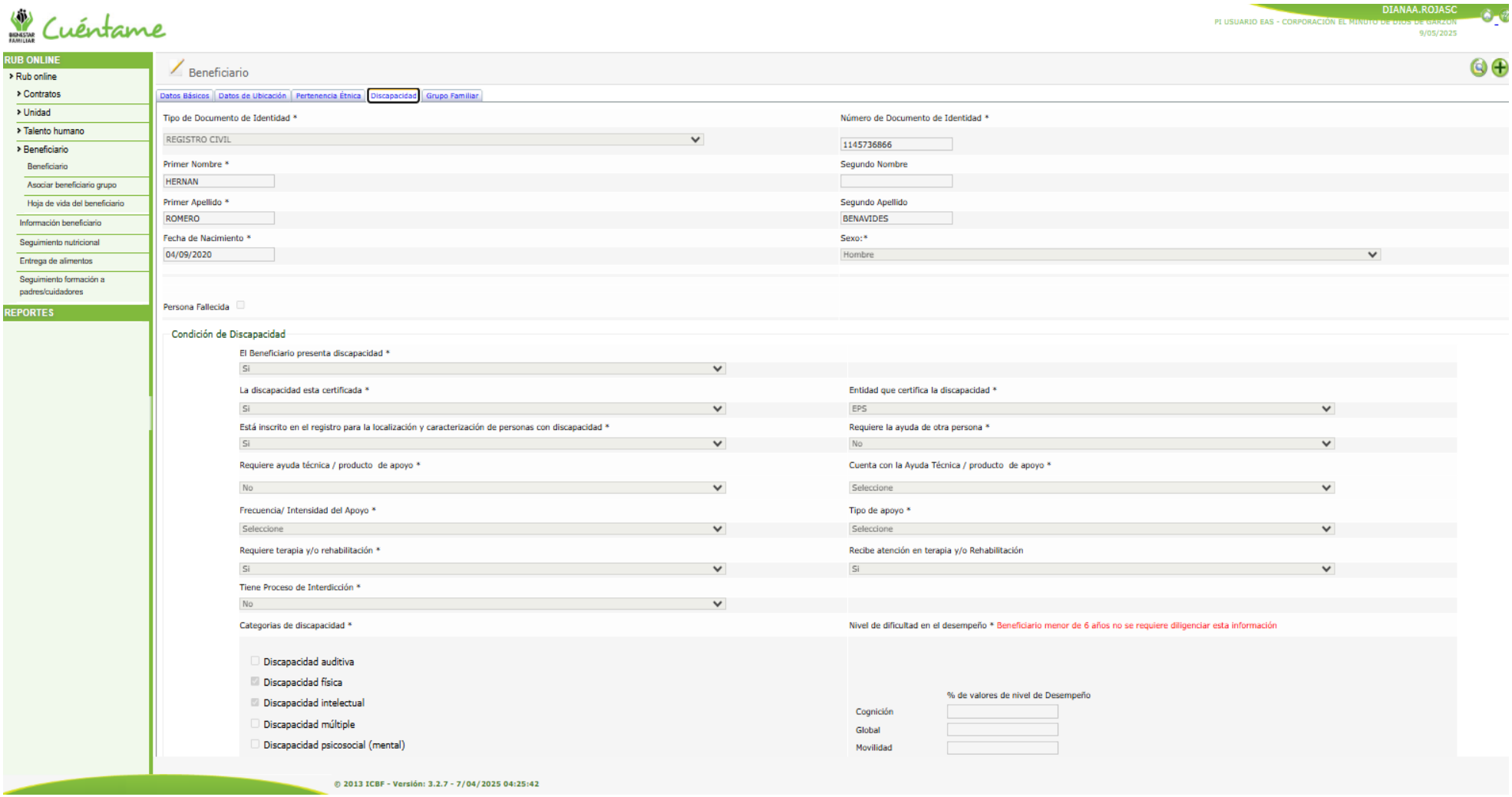
EVIDENCIA CARGUE CUENTAME PARTICIPANTES CON DISCAPACIDAD

CDI GARRAPIÑOS

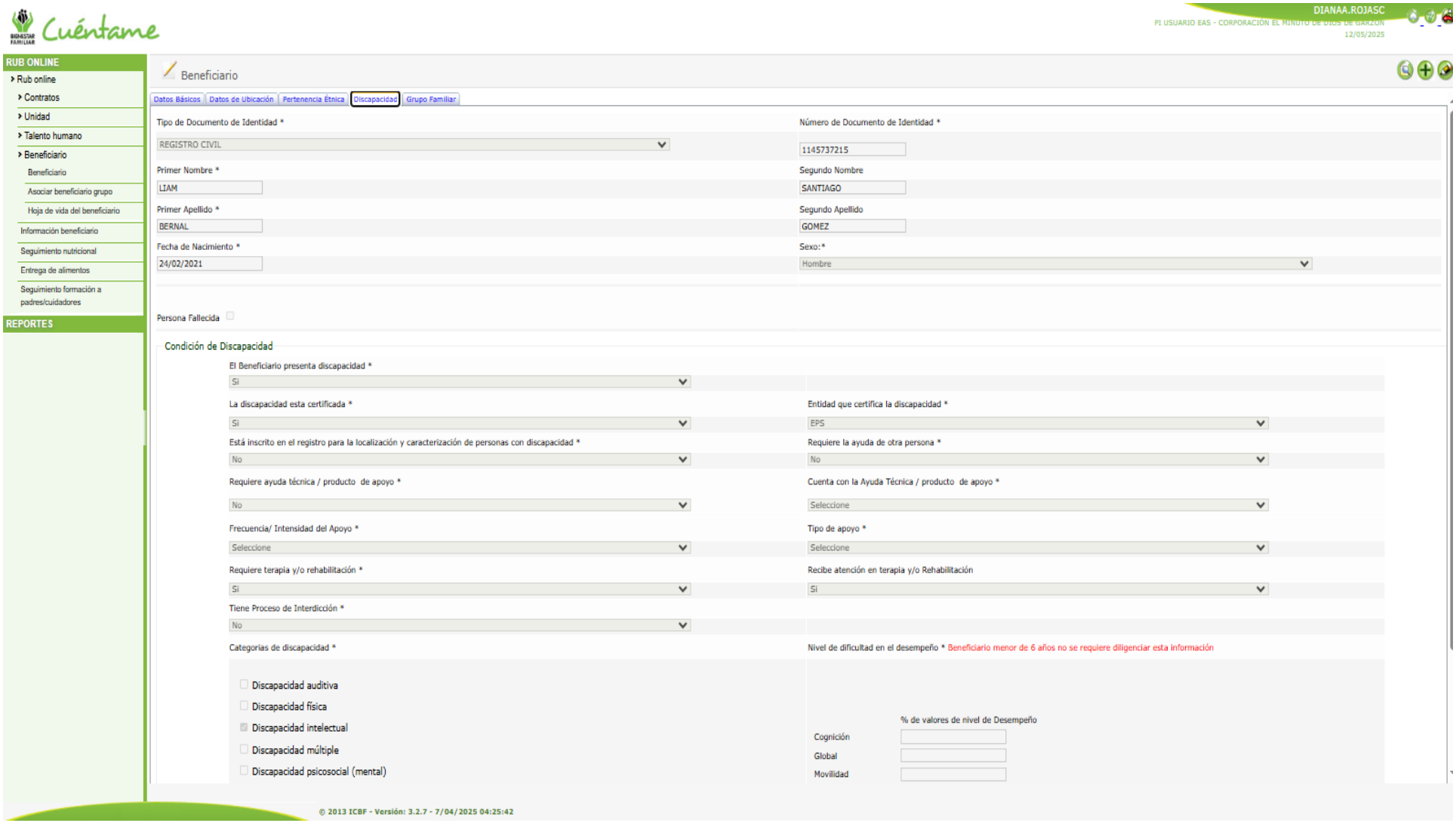
DEREK ANDRES GALINDO QUINTERO



HERNAN ROMERO BENAVIDES



LIAM SANTIAGO BERNAL GOMEZ



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
DEREK	ANDRES	GALINDO	QUINTERO

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
HUILA	GARZÓN

1.7 Documento de Identidad

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

Número de documento de identidad: 1145738758

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

SEMEP IPS

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2024	5	22

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

901057957

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b130.2 b140.2 b189.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.378

3. Codigos Actividades y Participación

d160.1 d410.2 d450.2

Scanned with CamScanner

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
HERNAN		ROMERO	BENAVIDES

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
HUILA	GARZÓN

1.7 Documento de Identidad

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

Número de documento de identidad: 1145736866

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
SEMEP IPS	2023	6	20

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901057957

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	

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.3 b139.3 b163.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s398.370 s399.370

3. Codigos Actividades y Participación

d330.2 d710.2 d880.2

Scanned with CamScanner

MARIA AUXILIADORA DE GARZON

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

NIT 813002940

Calle 3 No. 3-39

ESCALA ABREVIADA DEL DESARROLLO 3

Historia Clínica	1145737215	**Identificación**	RC No. 1145737215	**Direccion**	VILLA DEL CAFE CARRER
Nombre	LIAM SANTIAGO BERNAL BERNAL	**Edad**	48 Meses	**Ciudad**	GARZON
ARS ó EPS	ASMET SALUD E.P.S S.A.S			**Teléfonos**	3112059637

Control No. 10063930

A	**MOTRICIDAD GRUESA**	**Resultado Evaluación**		**Alerta**
	12 meses y 1 día a 18 meses y 0 días			
	17	da pasos solo(a)	1	
B	**MATRIZ FINO ADAPTIVA**	**Resultado Evaluación**		**Alerta**
	12 meses y 1 día a 18 meses y 0 días			
	16	hace torre de tres cubos	1	
C	**AUDICION LENGUAJE**	**Resultado Evaluación**		**Alerta**
	9 meses y 1 día a 12 meses y 0 días			
	14	llama al cuidador	1	
D	**PERSONAL SOCIAL**	**Resultado Evaluación**		**Alerta**
	12 meses y 1 día a 18 meses y 0 días			
	17	ayuda a desvestirse	1	

TOTAL EVALUACION **(64)Alerta**

Lactancia materna: NO Tipo de Lactancia: No definida Tiempo de lactancia: 0 Meses

Vacunas aplicadas

Observaciones

Scanned with CamScanner

IMPRESION DIAGNOSTICA

Dx Ingreso: Z001 CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO
Dx Relacional 1
Dx Relacional 2
Dx Relacional 3
Dx Principal: Z001 CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO
Analisis de Dx AUTISMO EN TRATAMIENTO
PESO EDAD -0.49 ADECUADO
TALLA EDAD| -1.16 RIESGO DE TALLA BAJA
PESO TALLA 0.34 ADECUADO
IMC 0.40 ADECUADO
PC -0.84 ADECUADO
PB 0.75 ADECUADO
CONDUCTAS ADECUADOS DE MOTRICIDAD GRUESA, FINO ADAPTATIVA, LENGUAJE Y PERSONA SOCIAL.
NO HAY SEÑAES DE MALTRADO

Diagnóstico por el cual se remite: Z001 CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO
Criterio y justificación AUTISMO

CARLOS CALDERON
ENFERMERO JEFE
Registro Medico No. 1679



Scanned with CamScanner

MUNICIPIO DE GARZÓN

Citar para responder: **01-33AL-004901-E-2025**

Remitente: JUAN PABLO SANCHEZ -

Destinatario: : MAYRA ALEJANDRA MOTTA ESCALANTE

Asunto: SOLICITUD DE APOYO

Fecha: 2025-05-12 09:34:00 **Folios:** 1 **Anexos:**

Garzón 12 de mayo del 2025

Señores,
SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL
Ciudad de Garzón, Huila
Atención: Coordinación de Certificación de Discapacidad
Asunto: Solicitud de apoyo para trámite de certificación de discapacidad – Participante Liam Santiago Bernal Gómez

Reciban un cordial saludo.

Me permito, como apoyo psicosocial adscrito a CorMiDi Garzón Corporación el Minuto de Dios en el CDI GARRAPIÑOS, mediante este oficio, solicitamos su colaboración para agilizar el proceso de certificación de discapacidad del menor LIAM SANTIAGO BERNAL GÓMEZ con numero de RC:1145738758, quien actualmente asiste al Centro de Desarrollo Infantil (CDI) Garrapiños.

El menor requiere de manera prioritaria dicha certificación, la cual es fundamental para gestionar una atención integral y especializada, acorde con sus necesidades particulares. Por tal motivo, solicitamos el apoyo de esa Secretaría a la madre YENI ROCÍO GÓMEZ CÓRDOBA con CC: 1.004.159.053. con número de contacto: 3112059637, en cuanto a la orientación, asignación de citas o cualquier proceso que permita avanzar oportunamente en la expedición del documento.

Agradecemos de antemano su comprensión y gestión, teniendo en cuenta el impacto positivo que esta certificación tendría sobre la calidad de vida y bienestar del participante.

Quedo atento(a) a su valiosa respuesta y al acompañamiento que puedan brindar en este caso.

Cordialmente,

Apoyo psicosocial
Psi. Juan Pablo Sanchez Alvarado.
Correo: cdigarrapinos6782@gmail.com
Celular 3229443558

Scanned with CamScanner