

FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS, INSUMOS Y/O SUMINISTROS

PROYECTO: Discapacidad.

FECHA: Diciembre 5 de 2025

DEPENDENCIA: Salud pública y Red de Salud del Centro ESE.

Nombre	Jaime Fernando ACUÑA Arce
No. De identificación	94372177
Numero de contacto 1	310 729 7083
Número de contacto 2	
Dirección de residencia	El 12A # 22A - 23
Barrio	Junín
Comuna	9

DETALLE DE LA ENTREGA:

No.	INSUMO	CANTIDAD	UNIDAD
1	Suplemento	1	Tarro x 800Grs
2	Crema humectante piel	2	1 litro
3	Pañitos húmedos	2	Paquete x 100u
4	Pañales para persona reducida	4	Paquete por 21u No Aplica.
5	Toalla	1	Unidad
6	Guantes	2	Caja x 100 pares
7	Empaque del kit	1	Bolsa

DATOS DE QUIEN RECIBE:

Nombre Mariene Arce C No. De identificación 38482786

Rol Madre.

Firma [Firma]

RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.

Sede Administrativa - IPS Diego Lalinde - Cra. 12E # 50-18 B/ Villacolombia. Distrito Especial de Santiago de Cali - Valle- PBX: (+57 602) 3120930

E-mail: atencionalusuario@saludcentro.gov.co - evaluacionymejora@saludcentro.gov.co - gerencia@saludcentro.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 94.377.177

ACUÑA ARCE

APELLIDOS

JAIME FERNANDO

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-DIC-1972

CALI (VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

28-FEB-1991 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AMEL BANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A 8881535-00246239 M-0084377177-20100727 0023046357A 2 26528159

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 38.982.786

ARCE CUBIDES

APELLIDOS

MARLENE

NOMBRES

Marlene Arce C.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-FEB-1947

CALI (VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O+ F

ESTATURA Q.S. RH SEXO

21-MAY-1968 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sanchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



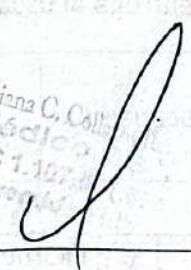
A-8881535-00284622-F-0038982786-20110317 0026173637A 1 1531176197

UNIDAD DEL ESTADO CIVIL

**REMISIÓN PARA LA VALORACIÓN POR MÉDICO TRATANTE
PARA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD**

En cumplimiento a lo establecido en la Resolución 113 de 2020, el medico tratante debe garantizarle a la persona con discapacidad, cada uno de los siguientes ítems, de tal manera que la persona puede presentarlo ante la Secretaría de Salud del Municipio donde reside para dar trámite a la ruta correspondiente para obtener el certificado de discapacidad e inclusión en el Registro de Localización y caracterización de personas con discapacidad.

DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD-IPS QUE REALIZA DE REMISIÓN			
Municipio donde es emitida la orden:		Nombre de la entidad que emite la orden:	
Cali, Valle.		Ips Bretaña	
Fecha de expedición de la REMISIÓN (DD-MM-AAA)		EAPB A LA QUE SE ENCUENTRA AFILIADO EL USUARIO	
20/09/2023		Ips Bretaña - causalud	
DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA QUE REQUIERE LA REMISIÓN			
Nombres y apellidos		Tipo de documento: (marcar con x)	Numero de documento
Jaime fernando Acuña Ayce		RC: ____ TI: ____ CC: ☒ CE: ____ PEP: ____ Otro: ____ Cual: ____	94317177
Municipio de residencia	Cali, valle		
INFORMACIÓN SOBRE LA REMISIÓN			
Marque con una X los documentos que le entrega al usuario (esto como lista de chequeo).			
HISTORIA CLINICA Con diagnostico Cie-10 donde se relación la discapacidad que presenta la persona.		☒	Cie-10 F799
SOPORTES:			
Conceptos profesionales de la salud	☒	Exámenes clínicos	
Paraclínicos		Imágenes diagnosticas	
Otros		Cuales:	

AJUSTES RAZONABLES			
De acuerdo a las características y necesidades determinadas por el profesional tratante indique con una X las necesidades que la persona con discapacidad requiere para realizarle la valoración por el equipo multidisciplinario:			
Lugar donde se deberá realizar la valoración:		En la IPS ☒	Domiciliaria: ☐
En caso de requerir domiciliaria justificar:			
Necesidades de apoyos y ajustes razonables:			
a) Movilidad: _____			
b) Comunicación y acceso a la comunicación: _____			
c) Persona de apoyo: _____			
OBSERVACIÓN: _____			
DATOS DE MÉDICO TRATANTE			
Nombres y apellidos: <u>Diana Collatos Restrepo</u>			
Profesión: <u>Médico SSO</u>			
Numero tarjeta profesional: <u>1107531654</u>			
Firma del médico tratante: _____			
Sello de la IPS-ESE		 Dra. Diana C. Collatos Restrepo Médico SSO C.C. 1.127.127	

Nota: La persona con discapacidad debe contactarse con la secretaria de salud del municipio donde reside, presentar este formato debidamente diligenciado por el médico tratante, con los soportes correspondientes.

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD							
NOMBRES	Jaime Fernando.						
APELLIDOS	Acuña Ace						
Tipo Documento	RC	TI	CC	CE	Número Doc. Id.	94.377.177	
			X				
DATOS RELACIONADOS CON LA DISCAPACIDAD							
DX PRINCIPAL CIE -10							
DX CIE -10 RELACIONADOS							
TIPO DE DISCAPACIDAD		Física		☐	Mental	☒	Intelectual
		Auditiva		☐	Visual	☒	Múltiple
OBSERVACIONES:							
Presenta retraso (considerado).							
DATOS DE QUIEN GENERA EL CERTIFICADO							
NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL							
Alberto Perera R.							
FIRMA Y REGISTRO MÉDICO / TARJETA PROFESIONAL							
 TP # 3660/88							
FECHA EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO							
Cali, Febrero 17 / 2021							
Este documento se entrega a la Persona con Discapacidad o su cuidador, y en la Historia Clínica del Usuario reposará una copia.							

Este certificado de discapacidad se genera para las solicitudes de reclamo de subsidio ante Cajas de Compensación Familiar, Fondo de Solidaridad Pensional, Fondo de Solidaridad y Garantía, así en los casos de solicitudes dirigidas por empleadores o personas que requieran el certificado, con el fin de obtener los beneficios establecidos en las Leyes 361 de 1997 y 1429 de 2010 y demás beneficios que señalen las normas para las personas con discapacidad.

Documento es válido hasta el 31 de enero cuando entra en vigencia la implementación de la Resolución 583 de 2018