

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	Maria Alejandra Lopez Calle
No. De identificación	1089616100
Numero de contacto 1	3146586516.
Número de contacto 2	
Dirección de residencia	Cra 26 # # 73-05
Barrio	Marroquim II
Comuna	14.

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
5	Toalla	1	Unidad
6	Guantes	2	Caja x 100 pares
7	Empaque del kit	1	Bolsa

NO aplica

DATOS DE QUIEN RECIBE:

Nombre _____ No. De identificación _____

Rol _____

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



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
MARIA	ALEJANDRA	LOPEZ	CALLE
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
VALLE DEL CAUCA		CALI	

1.7 Documento de Identidad

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:

1089616100

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
RED DE SALUD DEL NORTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		2023	2	20
2.3 Tipo de Entidad Valoradora		2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI		805027287		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

	SI	X	NO	
Física				
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	Puntuaje
Cognición	50.00
Movilidad	70.00
Cuidado Personal	56.25
Relaciones	40.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	50.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b535.3 b770.3 b798.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s540.388 s598.381

3. Codigos Actividades y Participación

d155.2 d598.3 d910.2

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.089.616.100**

LOPEZ CALLE

APELLIDOS

MARIA ALEJANDRA

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-SEP-2012**

PEREIRA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

01-SEP-2030

FECHA DE VENCIMIENTO

15-NOV-2019 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A+

G S RH

F

SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER HERRERA



P-3100150-01121014-F-1089616100-20191213

00630983304 1

2755746342

CEDULA DE
CIUDADANIA



REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
MUÑOZ CALLE

NUIP **1.005.785.348**

Nombres
KAREN DAYANA

Nacionalidad

COL

Estatura

1.60

Sexo

F

Fecha de nacimiento

31 ENE 2003

G.S.

O+

Lugar de nacimiento

CALI (VALLE)



Fecha y lugar de expedición

08 FEB 2021, CALI

Firma

Karen Muñoz Calle

Fecha de expiración

01 DIC 2032



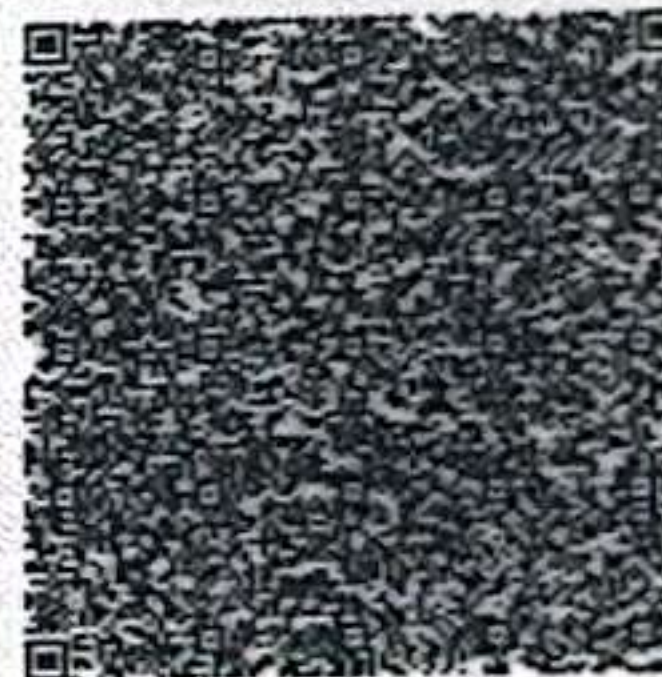
.CO

010188154



Alexander Vega Rocha

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha



ICCOL010188154831001<<<<<<<<<<<
0301316F3212013COL1005785348<2
MUNOZ<CALLE<<KAREN<DAYANA<<<<<