

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	Suministro para Valencia.
No. De identificación	1105 375 966.
Numero de contacto 1	312805 0376
Número de contacto 2	3172349144.
Dirección de residencia	Cra 43 #23-20
Barrio	San Pedro.
Comuna	10.

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

DATOS DE QUIEN RECIBE:

Nombre Ana Katherine Valencia No. De identificación 31446215

Rol Madre

Firma Ana Katherine Valencia P.

RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.

Sede Administrativa - IPS Diego Lallende - 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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.105.375.966

PARRA VALENCIA

APELLIDOS

SAMUEL

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

31-AGO-2009

CALI
(VALLE)

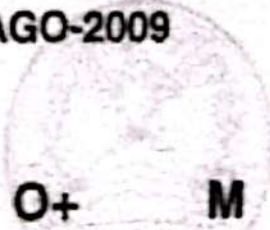
LUGAR DE NACIMIENTO

31-AGO-2027

FECHA DE VENCIMIENTO

30-ENE-2017 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



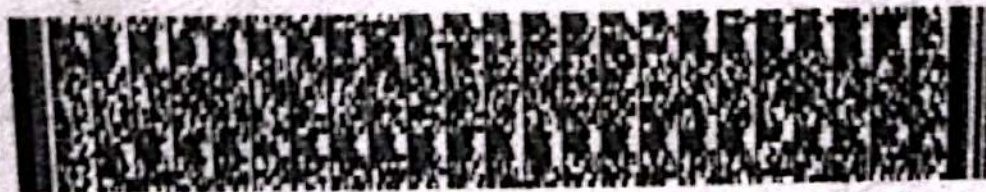
O+

M

G S RH

SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VASQUEZ



P-3100100-00891672-M-1105375966-20170328

0054590430A 1

47552838

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 31.446.215

VALENCIA PARRA

APELLIDOS

ANA KATHERINE

NOMBRES

Ana Katherine Valencia F.

FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-MAR-1980

CARTAGO
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

ESTATURA

O+

G.S. RH

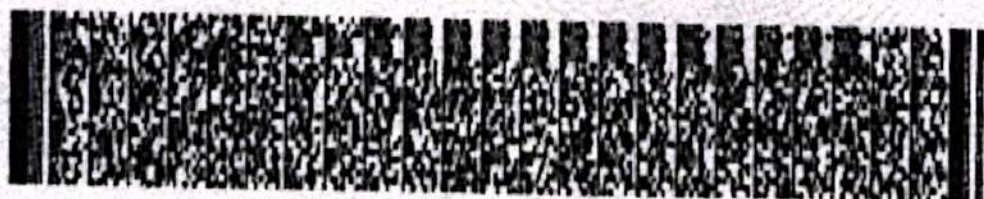
F

SEXO

23-JUL-1998 JAMUNDI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Registrador Nacional
CARLOS ANGEL SANCHEZ TORRES



A-3100150-00050941-F-0031446215-20080816

0002218060A 1

2780016195

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
IVIEL		PARRA	VALENCIA

1.5 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:				1105375966					

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha		
	Año	Mes	Día
ESE HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL	2022	1	12

2.3 Departamento	2.4 Municipio
VALLE DEL CAUCA	CALI

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

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	

Dominio	Porcentaje
Cognición	75.00
Movilidad	75.00
Cuidado Personal	75.00
Relaciones	75.00
Actividades de la Vida Diaria	65.00
Participación	75.00
GLOBAL	73.33

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Códigos Funciones Corporales
b139.3 b199.3 b799.3
2. Códigos Estructuras Corporales
s110.388
3. Códigos Actividades y Participación
d155.3 d598.3 d910.3



La salud
es de todos

Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
JOSUE DANIEL GOMEZ MARTINEZ	Medicina	 CC-1130658212
KARLA FORERO DIAZ	Fisioterapia	 CC-1144172116
CARLOS ALBERTO NARANJO REVELO	Psicología	 CC-94327371

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, SAMUEL PARRA VALENCIA manifiesto que: SI
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Nombre y Firma

31 446.715 de Jamundí, Manabí
Documento: TI-1105375966

Autorizó el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la
normatividad que lo regula.

SI



*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales,
Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez*