INFORME DE ACTIVIDADES No.7

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NÚMERO 2508270971 ENTRE EL MUNICIPIO DE MANIZALES Y EL HOSPITAL GENERAL SAN ISIDRO ESE

Período informe: El presente documento contiene la descripción detallada del proceso de certificación de la población con discapacidad correspondiente al periodo comprendido entre el 01 de abril y el 30 de abril de 2026.

OBJETO: Desarrollar el proceso de certificación de discapacidad en el Municipio de Manizales.

OBLIGACIONES	ACTIVIDADES REALIZADAS

1. Disponer de al menos dos equipos multidisciplinarios para el desarrollo del proceso. Todos los miembros del equipo deberán estar en el directorio nacional de certificadores de discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social. Cada equipo disponible deberá estar conformado por (3) profesionales de la salud, debiendo garantizarse la participación de un médico dentro de sus integrantes, los otros dos profesionales de cada equipo podrán ser de las áreas fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología, enfermería optometría o trabajo social. la entidad deberá tener la correspondiente habilitación de los servicios los cuales se desarrolle el procedimiento de certificación y en las modalidades que este se presente	Durante el mes se dispuso de dos equipos interdisciplinarios integrados por profesionales de medicina, psicología, fisioterapia y fonoaudiología, todos registrados en el directorio nacional de certificadores del Ministerio de Salud y Protección Social. Estos equipos asegurron una atención integral a las personas con discapacidad, cumpliendo los criterios de habilitación establecidos. La intervención directa de los médicos garantizó la solidez clínica de los diagnósticos, mientras que los demás profesionales aportaron valoraciones complementarias que fortalecieron el proceso de certificación El Hospital General San Isidro cuenta con 2 equipos, para certificación: Equipo 1: Derly Yohana Ardila (Psicóloga). German Ruiz (Médico General). (Médica General). María Victoria Hurtado García (Fonoaudióloga). Equipo 2: Mónica Martinez (Psicóloga). Eliana Carolina Jiménez (Médico General) Mónica Bernal Osorio (Fisioterapeuta)
2. Realizar y mantener activa la inscripción como entidad usuaria y obligada a reportar información a través del sistema integrado de información de la protección social	La institución mantuvo vigente su inscripción en el sistema SISPRO y el procedimiento continuó su curso regular, lo que permitió realizar el registro oportuno de la información de las personas certificadas. Con ello se garantizó el cumplimiento del reporte oficial y la adecuada trazabilidad del proceso.

3. Reportar y Mantener actualizados los usuarios institucionales que ingresan a los sistemas de información mediante la plataforma PISIS en Ministerio de salud y protección social en representación de la entidad para el desarrollo de este proceso de certificación.	Los usuarios institucionales permanecieron actualizados en PISIS, lo que garantiza que el personal autorizado contará con acceso para ingresar y reportar la información en nombre de la entidad. Este adecuado manejo administrativo resultó esencial para sostener la transparencia y la continuidad del proceso de certificación.
4. Garantizar el registro oportuno y la calidad de la información en las plataformas correspondientes conforme a los requerimientos y directrices del Ministerio de salud y protección social	Para dar cumplimiento a la obligación de garantizar el registro oportuno y la calidad de la información en las plataformas establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, la entidad implementó un proceso continuo de verificación y actualización de datos. El personal autorizado realizó el cargue dentro de los tiempos definidos, aplicó controles de consistencia y revisó la integridad de los registros antes de su envío, asegurando que la información reportada fuera precisa, completa y acorde con los lineamientos vigentes.
5. Garantizar la disponibilidad de los apoyos y ajustes razonables requeridos para el desarrollo de la valoración multidisciplinaria de certificación de acuerdo a las necesidades de la población con discapacidad objeto del proceso.	Durante las valoraciones multidisciplinarias, la entidad aseguró la disponibilidad de los recursos y adaptaciones necesarias según las particularidades de cada persona con discapacidad. Se dispusieron acompañamientos específicos, ayudas para la movilidad, adecuaciones comunicativas y demás ajustes pertinentes, con el fin de facilitar su participación efectiva y asegurar un entorno accesible a lo largo de todo el proceso de certificación
6. Disponer de agendas semanales para la programación y desarrollo de las jornadas requeridas por la entidad territorial conforme al volumen de solicitudes registradas. La concentración de jornadas deberán realizarse con al menos 10 días de anticipación entre las partes	Se programaron y ejecutaron jornadas de certificación en las fechas 7 de abril, 9 de abril, 13 de abril, 14 de abril y 29 de abril, cumpliendo con la planificación anticipada y la coordinación con la Secretaría de Salud Pública. La organización de las agendas permitió atender de manera ordenada a los beneficiarios remitidos.

7. Garantizar la oportuna asignación de las citas a los beneficiarios remitidos por la Secretaría de Salud Pública para el desarrollo de las valoraciones de certificación en las modalidades requeridas, para lo cual deberá diligenciar el correspondiente registro	Para dar cumplimiento a la obligación de garantizar la oportuna asignación de citas a las personas remitidas por la Secretaría de Salud Pública, se realizó el contacto telefónico con cada beneficiario y se procedió a programar las valoraciones conforme a la disponibilidad de la agenda institucional. Todas las remisiones fueron gestionadas dentro de los tiempos establecidos, dejando el correspondiente registro de asignación y asegurando la continuidad del proceso de certificación.
8. Brindar a las personas con discapacidad información previa a la valoración sobre el procedimiento y diligenciar el respectivo consentimiento informado	Para dar cumplimiento a la obligación de brindar información previa y gestionar el consentimiento informado, antes de iniciar la valoración multidisciplinaria se ofreció a cada persona con discapacidad una explicación completa sobre el procedimiento de certificación, sus etapas y finalidades.
9. Disponer de la infraestructura técnica, tecnológica y administrativa requerida para el oportuno registro de la información resultante del procedimiento de discapacidad en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, así como de los recursos logísticos, humanos, físicos,técnicos, financieros y de bioseguridad requerido para la planeación, desarrollo y evaluación de las actividades a su cargo	El Hospital General San Isidro garantizó la disponibilidad de los sistemas, equipos y recursos necesarios para el registro oportuno y confiable de la información en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad. Asimismo, se contó con los recursos logísticos, humanos, físicos, técnicos, financieros y de bioseguridad indispensables para la planeación, ejecución y seguimiento de las actividades asociadas al proceso de certificación, asegurando condiciones adecuadas para el desarrollo de las valoraciones y la gestión administrativa correspondiente.

10. Entregar impresión del certificado generado a la persona con discapacidad valorada, verificando que la información consignada corresponda y explicar el contenido del documento y los usos del certificado a la persona con discapacidad y a sus acudientes o acompañantes, dejando el respectivo soporte de cumplimiento,	Se entregaron certificados a las 94 personas certificadas con discapacidad, verificando la correspondencia de la información consignada y explicando a los usuarios y sus acompañantes el contenido del documento y sus usos. Se dejó constancia del cumplimiento mediante soportes administrativos.
11. Garantizar la confidencialidad de la información por parte del personal a su cargo	El manejo de la información personal se realizó bajo estrictos protocolos de confidencialidad, asegurando la protección de los datos sensibles de los usuarios y cumpliendo con la normativa vigente en materia de habeas data.
12. presentar máximo 2 días después de la jornada siguiente y, en todo caso antes de la nueva asignación de beneficiarios, reporte de: a. personas remitidas que no pudieron ser conectadas o no aceptaron la cita. b. personas agendadas que no asistieron, c, resultados de la valoración de las personas atendidas, d, situaciones especiales presentadas en el proceso	Se consolidaron reportes de asistencia, resultados de las valoraciones y situaciones especiales presentadas en cada jornada. Estos documentos fueron remitidos a la Secretaría de Salud Pública, cumpliendo con los plazos establecidos.
13. presentar cada mes informe de ejecución técnica y financiera, evidenciando el cumplimiento de las obligaciones adjuntando los respectivos soportes y generando base de datos consolidada e informe estadístico del proceso según lineamientos de la Secretaría de Salud.	Se presenta el presente informe, que incluye indicadores, caracterización de la población y ejecución financiera. El documento evidencia el cumplimiento de las obligaciones contractuales y la transparencia en el manejo de los recursos.
14. Mantener durante el plazo de ejecución del contrato y en los lugares que se realicen las actividades, deberá permanecer de manera visible la imagen corporativa de la Alcaldía de Manizales y dar los créditos a esta entidad.	Durante las jornadas se garantizó la visibilidad de la imagen institucional de la Alcaldía de Manizales, cumpliendo con la obligación de dar crédito a la entidad territorial. Se cuenta con evidencia fotográfica que respalda este cumplimiento.
15. Dar aplicación al artículo 50 de la Ley 2195 de 2022 cuando le sea atribuible.	Se mantuvieron los lineamientos de transparencia y prevención de la corrupción en todos los procesos administrativos y operativos, aplicando el artículo 50 de la Ley 2195 de 2022 cuando fue atribuible.

INDICADORES:

- PcD Remitidos (100) vs PcD Agendados (100): 100,0 % Pacientes agendados
- PcD Agendados (100) vs PcD Asistentes (96): 96,0 % Pacientes asistentes
- PcD Asistentes (96) vs PcD Certificados (94): 97,9 % Pacientes certificados
- PcD Asistentes (96) vs PcD No certificados (2): 2,1 % Pacientes no certificados

Estadísticas de la PcD Atendidas – Periodo Reportado (33 personas)	
1. Total de personas atendidas	
96 personas valoradas.	
2. Distribución por sexo	
Hombres	46
Mujeres	50
3. Víctimas del conflicto armado	
Total	96
Sí	2
No	94
4. Enfermedades huérfanas	
Total	96
Sí	1
No	95
5. Distribución por curso de vida	
Primera infancia (0-5)	7
Infancia (6-11)	7
Adolescencia (12-17)	9
Juventud (18-28)	13

Adultez (29-59)	33
Vejez (60+)	27
Total	96
6. Distribución territorial – Comunas	
ATARDECERES	6
SAN JOSE	5
CUMANDAY	5
ESTACIÓN	7
Ciudadela del Norte	13
Ecoturístico cerro de oro	4
TESORITO	1
PALOGRANDE	8
Universitaria	3
FUENTE	7
MACARENA	5
Total Urbana	72
7. Distribución territorial – Corregimientos	
Corregimiento	**Total**
COLOMBIA	0
CRISTALINA	0
REMANSO	4
PANORAMA	3
AGROTURISMO/TABLAZO	1
MANANTIAL	0
RIO BLANCO	0

Total Rural	8
8. Tipos de discapacidad	
Física	25
Psicosocial	5
Auditiva	21
Múltiple	4
Visual	23
Intelectual	16
Sordoceguera	0
No certificados	2
Total	96

CONCLUSIONES:

- Se identificó que 2 personas (2,1 %) atendidas durante el periodo fueron víctimas del conflicto armado, mientras que 94 personas (97,9 %) no presentaban esta condición. Aunque la proporción de víctimas en este mes fue baja, su atención dentro del proceso de certificación reafirma el papel de este mecanismo como una herramienta esencial para la garantía de derechos, la protección institucional y la visibilización de las necesidades específicas de esta población.
- Se identificó 1 caso de enfermedad huérfana (1,0 %) dentro de las 96 personas valoradas, lo que representa un grupo que requiere acompañamiento especializado para acceder a servicios, programas de apoyo y tratamientos de alta complejidad. Las 95 personas restantes (99,0 %) no presentaron esta condición. Aunque la proporción de enfermedades huérfanas en este periodo fue baja, este grupo continúa siendo prioritario dentro del proceso de certificación, dada la necesidad de garantizar rutas de atención adecuadas y un seguimiento diferenciado.
- El grupo con mayor número de personas valoradas correspondió a la adultez, con 33 personas (34,4 %), seguido por la vejez, con 27 personas (28,1 %). La juventud representó 13 casos (13,5 %), mientras que los grupos de adolescencia, infancia y primera infancia registraron participaciones menores, con 9 (9,4 %), 7 (7,3 %) y 7 (7,3 %) personas respectivamente. Esta distribución muestra que la demanda del proceso se concentra principalmente en la población adulta y mayor, aunque se mantiene la atención en todos los rangos etarios del curso de vida. .
- Durante el periodo se valoraron 96 personas, entre las cuales la distribución por tipo

de discapacidad mostró que la condición física fue la más frecuente con 25 personas (26,0 %), seguida por la visual con 23 personas (24,0 %) y la auditiva con 21 personas (21,9 %); en proporciones menores se registraron casos de discapacidad intelectual (16 personas, 16,7 %), psicosocial (5 personas, 5,2 %) y múltiple (4 personas, 4,2 %), sin identificarse situaciones de sordoceguera (0 %). Asimismo, 2 personas (2,1 %) no cumplieron criterios para la certificación. Esta distribución evidencia que la mayor demanda del proceso se concentra en discapacidades de origen motor y sensorial, mientras que los demás tipos, aunque menos frecuentes, continúan representando grupos que requieren atención diferenciada dentro del proceso de valoración y certificación.

- Durante el periodo se valoraron 80 personas en zona urbana y 8 en zona rural, para un total de 88 registros territoriales, evidenciándose una mayor concentración en la comuna Ciudadela del Norte, con 13 personas (18,1 %), seguida por Palogrande, con 8 personas (11,1 %), y por las comunas Estación y Fuente, cada una con 7 personas (9,7 %). También se registraron participaciones relevantes en Atardeceres (6 personas, 8,3 %), San José (5 personas, 6,9 %), Cumanday (5 personas, 6,9 %) y Macarena (5 personas, 6,9 %). En proporciones menores se ubicaron Ecoturístico Cerro de Oro (4 personas, 5,6 %), Universitaria (3 personas, 4,2 %) y Tesorito (1 persona, 1,4 %). En cuanto a los corregimientos, se reportaron 4 personas en Remanso (50,0 %), 3 en Panorama (37,5 %) y 1 en Agroturismo/Tablazo (12,5 %), mientras que Colombia, Cristalina, Manantial y Río Blanco no registraron valoraciones en este periodo. Esta distribución evidencia que la mayor demanda del proceso se concentra en las comunas urbanas con mayor densidad poblacional, mientras que la zona rural mantiene una participación menor pero significativa para garantizar el acceso territorial al proceso de certificación.

INFORME FINANCIERO

Concepto	Valor actualizado
Valor total del contrato	$149.999.999
Valor ejecutado vigencia 2025	$64.847.232
Disponible año 2026	$85.000.000
Valor ejecutado periodo (96 valoraciones × $168.873)	$16.211.808

Saldo por ejecutar	$68.940.959
Porcentaje de ejecución total	54,04%

Derly Yohana Ardila Barragán
Psicóloga certificadora

LISTADO DE ANEXOS

No	DESCRIPCIÓN	MEDIO	
		FÍSICO	DIGITAL
1	Base de datos con la información de los usuarios atendidos		X
2	Planillas de asistencia de los usuarios atendidos	X	
3	Archivo fotográfico de cada jornada		X
4	Archivo digital de los certificados generados		X
5	Evidencia fotográfica de la imagen corporativa de la Alcaldía de Manizales en el lugar donde se realiza el registro		X
6	Consentimientos diligenciados	X	X

DISCAPACIDAD ABRIL 29 DE 2026

A-

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 29 **MES:** OH **AÑO:** 2026.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: OLGA MARIA DEL CARMEN ALVAREZ				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 24334141		Ciudad de expedición: CALDAS		
Teléfono de contacto: 3144218377				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: LUIS ALFONSO VALENCIA CARDONA				
Tipo de documento:	RC	TI	CC	CE
Número de documento: 1053554486		Ciudad de expedición: MANIZALES		
Parentesco: HIJO		Teléfono de contacto: 3147912905		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.

A.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 29 **MES:** 04 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Fabio Jefferson Ocampo				
Tipo de documento:	RC___	TI___	CC X	CE___
Número de documento: 75.074.188		Ciudad de expedición: Manizales		
Teléfono de contacto: 3148707074				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos:				
Tipo de documento:	RC___	TI___	CC___	CE___
Número de documento:		Ciudad de expedición:		
Parentesco:		Teléfono de contacto:		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.

A.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 29 MES: abril AÑO: 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:

Nombres y apellidos: paola andrea otalvaro LOPEZ
Tipo de documento: RC ___ TI ___ CC X CE ___
Número de documento: 1054865583 Ciudad de expedición: Manizales
Teléfono de contacto: 313 7987362

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)

Nombres y apellidos: AMPARO JIMENEZ de LOPEZ
Tipo de documento: RC ___ TI ___ CC X CE ___
Número de documento: 24319344 Ciudad de expedición: Manizales
Parentesco: ABUELA MATERNA Teléfono de contacto: 3137987362

Manifiesto de manera libre, expresa, inequívoca y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la valoración clínica la realizarán tres (3) profesionales idóneos, quienes en un lapso máximo de cuarenta y cinco (45) días calendario contados a partir de la solicitud que sobre este fin me presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en esta valoración debe darse como resultado de mi libre expresión y autoreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso a cuyo fin respetarán mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que el desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse mi presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó acerca de las preguntas a responder que se realizarán personalmente o con apoyo de otra/s personas para responder las mismas, que en caso de ser necesario puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas o malas, que se valorará mi capacidad con total naturalidad.

7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información [illegible] resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad y podrá ser utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: [illegible] representante legal o persona de apoyo, para mayores de conformidad con la Ley 1581 de 2012 [illegible]

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

+ paola ANDREA O.L.

Nombre de la persona valorada: paola ANDREA O.L
Tipo documento: CC 1054865583

Firma: [signature]

Huella: [illegible]

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

AMPARO JIMENEZ de LOPEZ

CC 24319344

Firma: [signature]

Huella: [illegible]

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 29 MES: 04 AÑO 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:

Nombres y apellidos: Diana Isabel Sanchez Gonzalez
Tipo de documento: RC ___ TI ___ CC X CE ___
Número de documento: 28766062 Ciudad de expedición: Herveo Tolima
Teléfono de contacto: 3136819314

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)

Nombres y apellidos: Natalia Tambriano Duque
Tipo de documento: RC ___ TI ___ CC X CE ___
Número de documento: 1053820642 Ciudad de expedición: Manizales
Parentesco: amiga Teléfono de contacto: 3225375003

Manifiesto de manera libre, consciente y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la valoración clínica la realizarán tres (3) profesionales formados para este fin, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad en mi persona, a la solicitud que para este fin presenté previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de un libre albedrío, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respete mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual puedan determinarse mi posible condición de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo podría contar con apoyo de otras personas para responder las mismas, así como durante la evaluación, pudiendo descansar cuando lo necesite.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera de mi parte actuar con total honestidad.

[illegible] me informó que la información [illegible] resultado de la prueba se registrará en el [illegible] Localización de Personas con Discapacidad y podrá ser utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: [illegible] con discapacidad y/o cuidador [illegible] deberá [illegible] de conformidad con la Ley 1581 de 2012 que reglamenta la protección de datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Acepto

Nombres y apellidos: Diana Isabel Sanchez G.
Tipo documento y número: CC. 28766062

Firma

Huella: aplica en los casos que la persona no firma

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Natalia Tambriano Duque

CC 1053820642

Firma

Huella: aplica en los casos que la persona no firma

A.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DIA: 29 MES: 04 AÑO: 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:

Nombres y apellidos: Lopez Cardona María Fernanda

Tipo de documento: RC ___ TI ___ CC X CE ___

Número de documento: 1053857391 Ciudad de expedición: Manizales

Teléfono de contacto: 3113044432

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)

Nombres y apellidos: Julio César Trujillo Gómez

Tipo de documento: RC ___ TI ___ CC X CE ___

Número de documento: 16079561 Ciudad de expedición: Manizales

Parentesco: Esposo Teléfono de contacto: 3112577791

Manifiesto de manera libre, consciente y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la valoración clínica la realizarán tres (3) profesionales formados para tal fin de determinar la presencia o no de discapacidad de acuerdo a la solicitud que para este fin presente prevalorador.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en esta valoración debe darse cuenta resultados de mi libre expresión y autoreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso a que se respeten mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos que cuenta necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que durante el desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas con el fin de obtener información con base en la cual usted determinará la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que respecto a las preguntas a responder, puedo pedir ayuda a familiares u otras personas para responderlas de manera que durante la valoración pueda descansar cuando lo necesite.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas o malas a las preguntas y se espera total sinceridad.

El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información suministrada en la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad y podrá ser utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, respetando en todo momento los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: [illegible] no autorizo [illegible] sin excepción posteriormente [illegible] representante legal [illegible] de conformidad con la Ley 1581 de 2012 que regamenta el derecho de habeas data.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

x acepto

Nombre de la persona valorada: María Fernanda López C.

Tipo documento y número: C.C 1053857391

Firma

Huella: aplica en los casos que la persona no firme

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Julio César Trujillo Gómez

C.C 16079561

Firma

Huella: aplica en los casos que la persona no firme

A.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN [illegible] EN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO:

FECHA: DÍA: MES: AÑO:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombres y apellidos: Jon James Jurado
Tipo de documento: RC TI CC X
Número de documento: 75063874 Ciudad de expedición
Teléfono de contacto:

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)

Nombres y apellidos: Leonel Herrera
Tipo de documento: RC 4470454 CC X PE
Número de documento: Ciudad de expedición
Parentesco: Tercero

Yo, dueño de manera libre [illegible] y voluntaria [illegible]

1. El equipo multidisciplinario de certificación me explicó [illegible] la valoración para la realización [illegible] con el fin de determinar la presencia [illegible] de discapacidad [illegible] y la solicitud que para este fin presento ante [illegible]
2. El equipo multidisciplinario de certificación me explicó que esta valoración debe darse dentro [illegible] de mi libre expresión y autoreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me explicó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso de valoración, mi voluntad y preferencias y a qué ajustes razonables puedo necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me explicó que durante el desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas [illegible] con el fin de establecer la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me explicó que durante la valoración a las preguntas a responder [illegible] no hay respuestas buenas o malas, por lo que puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me explicó que no hay respuestas buenas [illegible] y que [illegible] con total confidencialidad.

[illegible] que [illegible] la información [illegible] para la certificación [illegible] y [illegible] de los formatos de las normas [illegible]

NOTA [illegible] conforme [illegible] de 2013 [illegible]

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

X acepto

Nombres y apellidos: Jon James Jurado

Tipo de documento y número: 75063874

Firma:

Huella [illegible]

Nombres y apellidos y [illegible] de apoyo (cuando aplique): Leonel Herrera

CC 4470454

Firma:

Huella [illegible]

A.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Mala

FECHA: DIA: 29 MES: 04 AÑO: 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:

Nombres y apellidos: Jhon Eder Toro T.
Tipo de documento: RC ___ TI ___ CC X
Número de documento: 75070251 Ciudad de expedición: Mlos.
Teléfono de contacto: 3117488902

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)

Nombres y apellidos:
Tipo de documento: RC___ TI___ CC___ ___
Número de documento: Ciudad de expedición:
Parentesco: Teléfono de contacto:

"Manifiesto de manera libre, consciente y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informó [illegible] para la realización [illegible] de valoración para determinar la presencia de discapacidad, de acuerdo con lo dispuesto en la [illegible] que para este fin se presente prevalentemente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que toda valoración debe darse como resultado de mi propia percepción y autoreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me explicó el desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas con el fin de valorar mi situación con base en la cual pueda determinarse mi discapacidad o ausencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me explicó respecto a las preguntas a responder que puedo solicitar el apoyo de otras personas para responder, así mismo que puedo solicitar descansar cuando lo necesite.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me explicó que no hay respuestas buenas [illegible] que se respete [illegible] total [illegible]

7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información [illegible] será [illegible] de manera [illegible] se registrará en el Registro [illegible] de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad y será [illegible] para [illegible] apoyar la formulación, implementación y [illegible] de políticas públicas, planes, programas y proyectos [illegible] a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: [illegible] Protección de Datos [illegible] expresa [illegible] representante legal [illegible] cuando [illegible] de conformidad con la Ley 1581 de 2012, sus reglamentos [illegible] sentencias [illegible]

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoracion para la certificación de discapacidad.

x Acepto.

Nombre de la persona a ser valorada: Jhon Eder Toro T.

Tipo documento: 75070251

Firma:

Huella, aplica en caso que la persona no firme

Nombre del representante legal o persona de apoyo (cuando aplique):

C.C

Fecha

Huella [illegible]

A

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales.

FECHA DÍA: 29 MES 04 AÑO 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:

Nombres y apellidos: MIGUEL ANGEL SANCHEZ ATZATE
Tipo de documento: RC TI CC X CE
Número de documento: 1053877075 Ciudad de expedición: manizales
Teléfono de contacto: 3108448834

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)

Nombres y apellidos: Ana Marcela Atzate G.
Tipo de documento: RC TI CC X CE
Número de documento: 30320549 Ciudad de expedición: manizales
Parentesco: MADRE Teléfono de contacto: 3053518649

Manifiesto de manera libre, [illegible] y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la valoración clínica la realizarán [illegible] profesionales [illegible] con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad [illegible] solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me explicó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a dar mi consentimiento en voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que el desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de recopilar información con base en la cual puedan determinarse [illegible] presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó respecto a las preguntas a responder, que puedo responderlas bajo el apoyo de otra/s personas para asociarlas a mi misma, que [illegible] puedo descansar cuando lo necesite.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas [illegible] que se requiere [illegible] con total honestidad.

[illegible] participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad [illegible] información no Personas con Discapacidad [illegible] para apoyar la formulación [illegible] políticas públicas, planes, programas y [illegible] garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: [illegible] de conformidad con [illegible] de 2012 [illegible] de 2013 [illegible] de privacidad.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Acepto

Nombre de la persona a ser valorada: Miguel Angel Sanchez Atzate

Tipo de documento y número: CC 1053877075

Firma: MSA

Huella: [illegible] en los casos que la persona no firme

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique): Ana Marcela Atzate G.

CC 30320549

Firma

Huella: [illegible] en los casos que la persona no firme

A.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales.

FECHA: DÍA: 29 MES Abril AÑO: 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:

Nombres y apellidos: Esther Julia Ramirez.
Tipo de documento: [illegible] 24840415
Número de documento: 24840415 Ciudad de expedición:
Teléfono de contacto: 3107249745 - 3127039742.

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)

Nombres y apellidos: Dora lilia Guarin R
Tipo de documento: RC ___ TI ___ CC X CE ___
Número de documento: 30321948 Ciudad de expedición:
Parentesco: hija Teléfono de contacto:

Yo, [illegible] declaro de manera libre, consciente y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la valoración clínica la realizarán [illegible] con el fin de determinar la presencia de discapacidad [illegible] la solicitud que para este fin presento voluntariamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse [illegible] expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones [illegible] proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y a [illegible] que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que el desarrollo de la valoración a realizar no tiene fórmulas [illegible] gustos, preferencias y actividades [illegible] información con base en la [illegible] ausencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que [illegible] a las preguntas a resolver [illegible] apoyo de otra/s persona/s para responder las mismas, de acuerdo a [illegible] puedo descansar cuando lo [illegible]
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas [illegible] con total honestidad.

7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que [illegible] de la presente [illegible] Registro de Localización de Personas con Discapacidad [illegible] para apoyar la formulación [illegible] políticas públicas dirigidas, programas y proyectos [illegible] de la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: [illegible] cualquier momento [illegible] sin que ello implique [illegible] que [illegible] de la prestación de los servicios de salud.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

X Acepto

Nombre de la persona a ser valorada: Esther Julia Ramirez

Tipo de documento y número: CC 24840415

Firma:

Huella: [illegible] en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Dora lilia Guarin R

CC 30321948.

Firma: Dora lilia Guarin R

Huella: [illegible] en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales.

FECHA: DÍA 29 MES 4 AÑO 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:

Nombres y apellidos: Mario Parra Gonzalez
Tipo de documento: RC TI CC X Otro ¿Cuál? Mels.
Número de documento: 10247830 Lugar de expedición:
Teléfono de contacto: 315 2872806

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)

Nombres y apellidos: Denys Ramirez R.
Tipo de documento: RC TI CC X Otro ¿Cuál? Mels
Número de documento: 30.274.269 Lugar de expedición:
Parentesco: Esposa - cuidadora Teléfono de contacto: 3165573895

Manifiesto de manera libre, consciente y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración clínica multidisciplinaria tiene una duración aproximada de tres (3) horas y se realizará en el día de programación previamente acordado, de acuerdo con la disponibilidad de la solicitud que para esta fin presente prevalente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse dentro marcos respetuosos de mi libre expresión y autodeterminación como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que el desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse la existencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que frente a las preguntas a responder que se requieran de apoyo de otras personas para responderlas, así mismo, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas o malas, solo se espera que responda con total honestidad.

7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información suministrada durante el proceso de valoración será registrada en la historia clínica de Personas con Discapacidad y podrá ser utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos relacionados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: [illegible] de acuerdo con lo establecido en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y demás normas concordantes.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

X acepto.

Nombre de la persona valorada: Mario Parra Gonzalez
Tipo documento y número: C.C. # 10.247.830
Firma:
Huella, aplica en los casos en que la persona no firme

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):
Denys Ramirez R
CC 30-274.269
Firma: Denys Ramirez R
Huella, aplica en los casos en que la persona no firme

A -

MUNICIPIO: Manizales

FECHA DIA: 29 MES 4 AÑO 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombres y apellidos: Johanny Alexandra Paredes Bermudez

Tipo y número de documento: ppt 6547177 Procedencia: Manizales

Número de contacto: 3136485549

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)

Nombres y apellidos: Juleanny Paredes

Tipo y número de documento: ppt 5257926 Procedencia: Manizales

Parentesco: Madre Teléfono de contacto: 3136485549

Manifiesta que le entendió la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

+ Si acepto

Nombre y apellidos: Johanny Alexandra Paredes

Tipo y número de documento: ppt 6547177

Firma

Huella

Nombre y apellidos de la persona de apoyo (cuando aplique)

Juleanny Paredes

Tipo y número de documento: 5257926

Firma: Juleanny P.

Huella

A

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN Y VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA. DÍA: 29 MES: 04 AÑO: 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombres y apellidos: Edwin Fernando Gonzalez Osorno
Tipo de documento: CC
Número de documento: 1136909511-1136909588
Teléfono de contacto: 3226161120

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)

Nombres y apellidos: Adida Osono
Tipo de documento: RC TI 41581422 CE
Número de documento
Parentesco: Mama
Ciudad de expedición del documento: Bogotá
Teléfono de contacto: 3226161120

Manifiesto de manera libre, consciente y voluntaria:

1. El equipo multidisciplinario de certificación de discapacidad clínica la realización de la (s) prueba (s) que considere necesarias para determinar la presencia o no de discapacidad y solicitar una para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación de discapacidad esta valoración debe darse como resultado de [illegible] y autoreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación de discapacidad [illegible] derecho a tomar decisiones respecto al proceso [illegible] voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación de discapacidad para el desarrollo de la valoración a realizar me serán formulados preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación de discapacidad de acuerdo a las preguntas a responder [illegible] de apoyo o terceras personas para responderlas, [illegible] puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación de discapacidad [illegible] hay respuestas buenas o malas, [illegible] total honestidad.

El equipo multidisciplinario de certificación de discapacidad me informa que la información [illegible] será utilizada para [illegible] Caracterización de Personas con Discapacidad y [illegible] para apoyar la formulación, implementación, seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos [illegible] garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: [illegible] que la información suministrada sólo podrá ser [illegible] de acuerdo a lo establecido en [illegible] de la Ley 1581 de 2012, que regula la protección de datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Acepto

Nombre de la persona que [illegible]: Edwin Fernando Gonzalez

Tipo y número de documento: CC 1136909588-11 1136909511

Firma:

Huella: [illegible]

Nombre del representante legal o persona de apoyo (cuando aplique): Adida Osono de Gonzalez

CC 41581422

Firma: Adida Osono de Gonzalez

Huella: [illegible]

A.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO:

FECHA: DÍA: 29 MES 04 AÑO: 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:

Nombres y apellidos: Valentina Diaz Ramirez
Tipo de documento: TI 1053.870.701
Número de documento: Cedula Ciudad de expedición: 09-Junio 2017
Teléfono de contacto: 3164196407

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)

Nombres y apellidos: Luz Betty Ramirez U
Tipo de documento: 30.271.388 CC 30.271.388.
Número de documento: Cedula Ciudad de expedición: Manizales
Parentesco: tia Teléfono de contacto: 3164196407

Manifiesto de manera libre, consciente y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la valoración clínica la realizarán dos profesionales idóneos [illegible] con el fin de determinar la presencia de una discapacidad de acuerdo a la solicitud que para este fin presento voluntariamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de una libre expresión y autoreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso a través de la expresión de mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me explicó que el desarrollo de la valoración a realizar me podría formularme preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual puedan generarse [illegible] pertinencia de reconocimiento.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que durante la valoración a las preguntas a responder [illegible] puedo solicitar el apoyo de otra/s persona/s para responder las mismas, en el caso de considerar que puedo descansar durante [illegible].
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas [illegible] y que se espera total sinceridad.

El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información [illegible] de la misma se [illegible] Personas con Discapacidad y [illegible] para apoyar el formulador [illegible] de políticas públicas, planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: [illegible] con discapacidad y/o cuidador/a [illegible] de conformidad con la Ley 1581 de 2012 [illegible].

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

x Acepto.

Nombre de la persona [illegible] Valentina Diaz Ramirez

Tipo de documento y número: cedula 1053.870.701

Firma

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal o persona de apoyo (cuando aplique):
Luz Betty Ramirez Ortiz

CC 30.271.388.

Firma Luz Betty Ramirez Ortiz

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

A.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO Manzales

FECHA: DÍA: 29 MES: 04 AÑO 2026.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:

Nombres y apellidos Carlos Arturo Jiraldo
Tipo de documento RC TI CC X CE
Número de documento 1023892U3 Ciudad de expedición Manzales.
Teléfono de contacto 3127368931

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)

Nombres y apellidos Leonor Martinez
Tipo de documento RC TI CC X CE
Número de documento 30278644 Ciudad de expedición Manzales
Parentesco Teléfono de contacto 3127368931

Manifiesto de manera libre, consciente y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la valoración clínica la realizarán tres (3) profesionales de la salud, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad y la solicitud que para este fin presenté previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de una libre manifestación, expresión y autoreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso de valoración, mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas para la recolección de información con base en la cual podrá determinarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en relación a las preguntas a responder que requieran de mi apoyo de otras personas para responder así mismo, que en ese caso podré descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas o malas y que se espera que responda con total honestidad.

El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que suministre como resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad y podrá ser utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por usted será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012 que regula la protección de datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Xacepto

Nombre de la persona a ser valorada: Carlos Arturo Jiraldo

Tipo de documento y número: C.C 1023892U3

Firma Carlos Arturo Jiraldo

Huella: aplica en los casos que la persona no firma.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Leonor Martinez

C.C 30278644

Firma Leonor Martinez

Huella: aplica en los casos que la persona no firma.

A.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 29 MES: 01 AÑO: 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:

Nombres y apellidos: María Rocío Llano Hernández
Tipo de documento: RC TI CC X CE
Número de documento: 30287793 Ciudad de expedición: Manizales
Dirección de contacto: 3215198288

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)

Nombres y apellidos: Gloria Cecilia López
Tipo de documento: RC TI CC X CE
Número de documento: 30294167 Ciudad de expedición: Manizales
Parentesco: Hermana Teléfono de contacto: 3103936670

Yo declaro de manera libre, consciente, clara y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la valoración clínica la realizarán los profesionales idóneos [illegible] con el fin de determinar la presencia o no de una discapacidad [illegible] solicitud que para este fin presenté previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse dentro del respeto de mi forma de expresión y Autoreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso a cual se realizará mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que el desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de recolectar información con base en la cual podrá determinarse [illegible] reserva de discriminación.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó respecto a las preguntas a responder que se requerirá [illegible] apoyo de otra/s personas para responderlas, que [illegible] descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario me repetirá [illegible] que no hay respuestas buenas [illegible] que se espera que [illegible] con total honestidad.

El equipo multidisciplinario me informó que la información [illegible] de la misma será respetada en el marco [illegible] Protección de Personas con Discapacidad [illegible] para apoyar la formulación, implementación y seguimiento por entidades públicas, planes, programas y proyectos [illegible] a lo que alude los artículos 52 [illegible] 2018.

NOTA [illegible] se adjuntan VIA escaneo [illegible] [illegible] cual cumple [illegible] 2018 [illegible]

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

x Acepto

Nombre [illegible]: María Rocío Llano Hernández

Tipo de [illegible]: 30287793

Firma

Huella [illegible]

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique): Gloria Cecilia López

CC: 30294167

Firma

Huella [illegible]

A.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO

FECHA: DIA: 29 MES: 04 AÑO: 2026.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA.

Nombres y apellidos: Juan Esteban Ospina Mesa
Tipo de documento: RC ___ TI ___ CC X CE ___
Número de documento: 1.054.882.636 42.
Teléfono de contacto: 3014397582

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)

Nombres y apellidos: Ina Maria Hernandez D
Tipo de documento: RC ___ TI ___ CC X CE ___
Número de documento: 30320713 Teléfono de contacto: 3014397582
Parentesco: Abuela

Manifiesto de manera libre, voluntaria y suficiente que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la valoración clínica a la persona bajo mi representación tiene como finalidad determinar la presencia o no de discapacidad y la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de un proceso de expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso de valoración, mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los ajustes que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que para el desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas con el fin de tener información con base en la cual pueda determinarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que, respecto a las preguntas a responder que se requieran, y de apoyo de otras personas para responder de mejor manera la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario me explicó que no hay respuestas buenas o malas, que debo responder con total honestidad.

[illegible] me informó que la información [illegible] se registrará en [illegible] y que la información no [illegible] para [illegible] la formulación, [illegible] en políticas públicas, planes, programas y [illegible] garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA [illegible] datos [illegible] según [illegible] de 2013 [illegible] de 2013 [illegible]

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Nombre [illegible]: Juan Esteban Ospina M.

Tipo de [illegible]:

Firma:

Huella [illegible] en los casos [illegible] persona no firma.

Nombre [illegible] y persona de apoyo (cuando [illegible]: Ina Maria Hernandez Duque

CC: 30320713

Firma: Ina Maria Hernandez D.

Huella [illegible] persona no firme

Alcaldía.

ALCALDÍA DE MANIZALES
INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA
REGISTRO DE ACTIVIDADES INDIVIDUALES EN SALUD PÚBLICA

Versión en revisión

Contratista Hospital General San Isidro. N° Contrato _____ Mes Abril 2026.

Responsable _____ Tipo de actividad _____ Duración _____

...os	Tipo ID (*)	N° Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Víctima (SI-NO)	Grupo étnico (ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno (ver lista)	Grupo priorizado	Programa	Firma
Valencia A.	CC	24332141	27	M	F	3147958205	Panorama	Macarena	Si	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Alfonso Valencia
po Rincón	CC	7507188852	H	H		3117635865	Imares	La Fuente	Si	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
Alvaro	CC	1094865583	18	M	F	3137483736	Camelia	Palogrande	Si	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Pareja
ánchez G.	C.C	28766062	48	M	F	3136819314	Estambul	Macarena	Si	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Diana Jaramillo
ópez C.	CC	1053857394	28	M	F	3113044932	Alamos	Fuente	Si	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
Giraldo	CC	75063874	61	H	M	3136324155	La Garucha		Si	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	JHON JAIMES
. Toro	CC	75070881	53	H	M	3117438902	San Marcel	Tesorito	Si	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
ánchez A.	CC	1053877015		H	M	3108448834	Prado	Fuente	Si	NA	NA	NA No tiene	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
ñez	CC	24840415	83	M	F	3107249745	Fátima	Universitaria	Si	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Dora Lilia G R
González	C.C	1024783D		H	M	3152872806	Fátima	Universitaria	SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Deny's Ramirez
a Polanco	PPT	6547117		M	M	8136485548	San Sebastián	C. Norte	SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Juliana P
ñez	CC	1136809511		H	M	3226161720	Enea	Tesorito	Si	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Angela Lozano
ánchez	CC	1053870701	27	M	F	3225333567	El sol	Estación	Si	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Luz Dalyam Uribe
aldo A.	C.C	1023889113	68	H	M	3127368931	Asunción	Estación	Si	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Carlos Uribe
ano H.	CC	30287793	64	M	F	3183936670	Campohermoso	Atardeceres	Si	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Gloria Cecilia López
ina Mesa	T.I	1054887636	9	H	M	3014397582	Las Colinas			NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Juan Cs Ibano O.
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	

...

contrario escribir NA (No aplica)

DE: Cédula de Extranjería; P: Pasaporte; PEP: Permiso Especial de Permanencia; RC: Registro Civil; SI: Sin Identificación; TI: Tarjeta de Identidad

o binario

A: Raizales; PA: Palenqueros; IN: Indígenas; RO: Room; NA: No Aplica

Escolar.

a Ley 1581 de 2012 "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por el personal de salud (nombres) _____ que los responsable del tratamiento de mis datos personales son la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____ los cuales recolectarán, usarán y ...ación y apoyo de temas relevantes en el tema de Salud. Reconozco el carácter voluntario en responder preguntas que versen sobre datos personales y mis derechos como titular de los datos, que incluyen el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así ...orgado para ello, así como la garantía de la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos. Por ello autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____ para recolectar y tratar mis datos personales de acuerdo con la información suministrada y según el programa de atención desarrollado.

En relación con lo anterior, yo (nombre) _____ autorizo como responsable institucional de la actividad, el registro de los datos de los NNA

DISCAPACIDAD 16 DE ABRIL DEL 2026

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: MANIZALES

FECHA: DÍA: 16 **MES:** ABRIL **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: JUAN DIEGO GONZALEZ BOTERO				
Tipo de documento:	RC	TI X	CC	CE
Número de documento: 1125476177		Ciudad de expedición: MITU		
Teléfono de contacto: 3213740622 - 3165784321				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: NORIDA VANESA BOTERO DURAN				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 1125477186		Ciudad de expedición: MITU		
Parentesco: MADRE		Teléfono de contacto: 3213740622		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.
(Describir en este espacio si la persona acepta de manera directa o a través de quien y de forma verbal, escrita o no verbal)

YO NORIDA VANESA BOTERO DURAN AUTORIZO Y ACEPTO PARTICIPAR A MI HIJO JUAN DIEGO GONZALEZ BOTERO EL PROCESO DE VALORACION PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD.

Nombre de la persona a ser valorada: JUAN DIEGO GONZALEZ BOTERO

Tipo documento y número: T.I 1125476177

Firma: Juan Diego

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

NORIDA VANESA BOTERO DURAN

C.C: 1125477186

Firma: NORIDA BOTERO

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Alcaldía

ALCALDÍA DE MANIZALES
INT[illegible]NCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN SALUD PUBLICA
REGISTRO DE ACTIVIDADES INDIVIDUALES EN SALUD PÚBLICA

Versión en revisión

Contratista _____ N° Contrato _____ Mes 16-04-2026

Responsable _____ Tipo de actividad _____ Duración _____

...os	Tipo ID (*)	N° Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Víctima (SI-NO)	Grupo etnico (ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno (ver lista)	Grupo priorizado	Programa	Firma
...ález Botero	TI	1125476177	11	H	M	3215740622	San Jorge	Estación	SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Juan Diego
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	

contrario escriba NA (No aplica)
CE: Cedula de Extranjeria. P: Pasaporte. PEP: Permiso Especial de Permanencia. RC: Registro Civil. SI: Sin Identificación. TI: Tarjeta de Identidad.

o binario
A: Raizales; PA: Palenqueros. IN: Indigenas. RO. Room, NA: No Aplica.
escolar

a Ley 1581 de 2012: "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por el personal de salud (nombres) _____ que los responsables del tratamiento de mis datos personales son la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____ los cuales recolectarán, usarán y cción y apoyo de temas relevantes en el tema de Salud. Reconozco el carácter voluntario en responder preguntas que versen sobre datos personales y mis derechos como titular de los datos, que incluyen el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así orgado para el, así como la garantía de la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos. Por ello autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____ para recolectar y tratar mis datos personales de acuerdo con la información suministrada y según el programa de atención desarrollado.

En relación con lo anterior, yo (nombre) _____ autorizo como responsable institucional de la actividad, el registro de los datos de los NNA

DISCAPACIDAD 14 DE ABRIL 2026

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 14 MES: 04 AÑO: 26

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Mathias Ramirez Jurado				
Tipo de documento:	RC X	TI	CC	CE
Número de documento: 1053876728	Ciudad de expedición: Manizales			
Teléfono de contacto: 3122114109 - 3117781175				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: Lorena Jurado Aguirre				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 1060651124	Ciudad de expedición: Villamaria			
Parentesco: mama	Teléfono de contacto: 3122114109			

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Acepto

Nombre de la persona a ser valorada: Mathias Ramirez Jurado

Tipo documento y número: 1053876728

Firma: _____

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Lorena Jurado Aguirre

C.C: 1060651124

Firma: Lorena Jurado Aguirre

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 14 MES: 04 AÑO: 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Thiago Bustamante Rios				
Tipo de documento:	RC	TI X	CC	CE
Número de documento: 1056738854		Ciudad de expedición: Manizales		
Teléfono de contacto:				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: Yuliet h Rios Cardona				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 1055479497		Ciudad de expedición: La Merced		
Parentesco: Mamá		Teléfono de contacto: 3226538035		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Acepto

Nombre de la persona a ser valorada: Thiago Bustamante

Tipo documento y número: TI 1056738854

Firma: Thiago Bustamante

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Yuliet h Rios Cardona

C.C: 1055479497

Firma: Yuliet h Rios

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 14 MES: 04 AÑO: 2026.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos:	mariacamila morales orozco			
Tipo de documento:	RC	TI X	CC	CE
Número de documento:	1055758272	Ciudad de expedición:	manizales	
Teléfono de contacto:	313543 6857			

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos:	Saudia milena orozco parra.			
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento:	1.053 790 971	Ciudad de expedición:	manizales	
Parentesco:	madre	Teléfono de contacto:	3125436852	

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

acepto

Nombre de la persona a ser valorada: maria camila morales o

Tipo documento y número: 1055758272

Firma: Saudia milena orozco p.

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Saudia milena orozco p.

C.C: 1.053790 97

Firma: saudia milena orozco p.

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 14 MES: 04 AÑO: 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:					
Nombres y apellidos:	Noah Gonzales Ceballos				
Tipo de documento:	RC	TI X	CC	CE	
Número de documento:	1056140923	Ciudad de expedición:	Manizales		
Teléfono de contacto:	3207302392 - 3147373002				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)					
Nombres y apellidos:	Clara María López Chala				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE	
Número de documento:	30330.267	Ciudad de expedición:	Manizales		
Parentesco:	Abuela	Teléfono de contacto:	3147373002		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autoreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012 que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Acepto

Nombre de la persona a ser valorada: Noah Gonzales Ceballos

Tipo documento y número: TI: 1056140923

Firma: Clara María López Ch.

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Clara María López Ch.

C.C: 30.330.267 M/eJ

Firma: Clara María López Ch

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 14 **MES:** 04 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Ruben Dario henao Marin				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 10257015		Ciudad de expedición: manizales		
Teléfono de contacto: 3223733398				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos:				
Tipo de documento:	RC	TI	CC	CE
Número de documento:		Ciudad de expedición:		
Parentesco:		Teléfono de contacto:		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.
(Describir en este espacio si la persona acepta de manera directa o a través de quien ejerce su representación legal, escrita o no verbal)

Acepto

Nombre de la persona a ser valorada: Ruben dario henao Marin

Tipo documento y número: CC: 10257015

Firma: Ruben dario henao marin

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

_____

C.C: _____

Firma: _____

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 19 **MES:** 04 **AÑO:** 2016

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Maira Fernanda Alvarez Mejia				
Tipo de documento:	RC	TI X	CC	CE
Número de documento: 1054869508		Ciudad de expedición: Manizales		
Teléfono de contacto: 3218656601				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: Beatriz Helena Mejia				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 34002001		Ciudad de expedición: Manizales		
Parentesco:		Teléfono de contacto: 3218656601		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Acepto

Nombre de la persona a ser valorada: Maira Fernanda Alvarez Mejia

Tipo documento y número: TI = 1054869508

Firma: Maira Fernanda Mejia

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Beatriz Helena Mejia L.

C.C: 34.002.001

Firma: Beatriz Mejía

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Yarzales

FECHA: DÍA: 14 **MES:** 04 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos:	Robinson Gomez Acosta			
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento:	1053800574	Ciudad de expedición:	Manizales	
Teléfono de contacto:	3217174499			

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos:				
Tipo de documento:	RC	TI	CC	CE
Número de documento:		Ciudad de expedición:		
Parentesco:		Teléfono de contacto:		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Acepto

Nombre de la persona a ser valorada: Robinson Gomez Acosta

Tipo documento y número: 1053800574

Firma: Robinson Gomez Acosta

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

C.C:

Firma:

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales.

FECHA: DÍA: 14 MES: 04 AÑO: 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:					
Nombres y apellidos: Andrea Rios Herrera					
Tipo de documento:	RC ___	TI ___	CC X	CE ___	
Número de documento: 1002609240	Ciudad de expedición: Barranquilla				
Teléfono de contacto: 3192778594					

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)					
Nombres y apellidos: Claudia Lorena Herrera Ramirez					
Tipo de documento:	RC ___	TI ___	CC X	CE ___	
Número de documento: 30.354.014	Ciudad de expedición: Chinchiná				
Parentesco: Mamá	Teléfono de contacto: 3192778594				

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Acepto

Nombre de la persona a ser valorada: Andrea Rios Herrera

Tipo documento y número: CC. 1002609240

Firma: Andrea

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Claudia Lorena Herrera R

C.C: 30.354.014

Firma:

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 19 **MES:** 04 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Sandra Milena Cardenas				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 24339845	Ciudad de expedición: Manizales			
Teléfono de contacto: 3122856878				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: Fabian arias cardenas				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 16071762	Ciudad de expedición: Manizales			
Parentesco: hermano	Teléfono de contacto: 3122855892			

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Acepto

Nombre de la persona a ser valorada: sandra milena cardenas

Tipo documento y número: CC = 24339845

Firma: sandra milena

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Fabian arias cardenas

C.C: 16071762

Firma: Fabián A Arias C.

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 14 **MES:** Abril **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Amalia Giraldo Aguirre				
Tipo de documento:	RC X	TI	CC	CE
Número de documento: 1247868349		Ciudad de expedición: manizales		
Teléfono de contacto: 3148833148 – 3116219933				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: Laura Vaneza Aguirre velásquez				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 1053779119		Ciudad de expedición: Manizales		
Parentesco: Madre		Teléfono de contacto: 3148833148		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

acepto

Nombre de la persona a ser valorada: Amalia Giraldo Aguirre

Tipo documento y número: R.C. 1247868349

Firma: _____

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):
Laura Vaneza Aguirre Velásquez

C.C: 1053779119

Firma: _____

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales.

FECHA: DÍA: 14 **MES:** 04 **AÑO:** 2026.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Antonio Jose Gonzalez Henao				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 10212719		Ciudad de expedición:		Manizales
Teléfono de contacto: 3105050094				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: Sandra Patricia Gonzalez.				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 30402328		Ciudad de expedición:		Manizales
Parentesco: Hija.		Teléfono de contacto: 3050094		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Acepto.

Nombre de la persona a ser valorada: Autonio Jose Gonzalez.

Tipo documento y número: cc 10212719.

Firma: Antonio Jose Gonzalez

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):
Sandra P. Gonzalez.

C.C: 30402328

Firma: Sandra P-G.

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: manizales

FECHA: DÍA: 14 **MES:** OCT **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:					
Nombres y apellidos:	Marco Aldo Ulloa Gomez				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE	
Número de documento:	10237281	Ciudad de expedición:	manizales		
Teléfono de contacto:	3216633231				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos:	Ilton Jacob Ulloa Gomez			
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento:	75092464	Ciudad de expedición:	manizales	
Parentesco:	Hijo	Teléfono de contacto:	3237463824	

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

(Diligenciar en este espacio en caso de persona sorda de manera manual o bilateral o que requiera intérprete)

ACEPTO

Nombre de la persona a ser valorada: Marco Aldo Ulloa Gomez

Tipo documento y número: CC 10.237281

Firma: Marco Aldo U

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Ilton Jacob Ulloa Gomez

C.C: 75092464

Firma:

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 19 **MES:** Abril **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:						
Nombres y apellidos:	Juan Felipe Aguirre Duque					
Tipo de documento:	RC		TI		CC X	CE
Número de documento:	1053823553		Ciudad de expedición:		Manizales	
Teléfono de contacto:	3115978427					

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)						
Nombres y apellidos:	María Cristina Duque Cardona					
Tipo de documento:	RC		TI		CC X	CE
Número de documento:	30307462		Ciudad de expedición:		Manizales	
Parentesco:	Madre		Teléfono de contacto:		3233146434	

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.
(Describir un dato expreso si la persona acepta de manera directa o a través de quien y de forma verbal, escrita o no verbal)

Acepta

Nombre de la persona a ser valorada: Juan Felipe Aguirre Duque.

Tipo documento y número: 1053823553

Firma: Juan Felipe Aguirre Duque

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):
María Cristina Duque Cardona

C.C: 30307462

Firma: María Cristina Duque C.

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: MANIZALES

FECHA: DÍA: 14 **MES:** 04 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: CARLOS ALBERTO RIOS PATIÑO				
Tipo de documento:	RC	TI	CC ✓	CE
Número de documento: 75073387		Ciudad de expedición: MANIZALES		
Teléfono de contacto: 3113009819				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: AMY LOZANO YUSTE				
Tipo de documento:	RC	TI	CC ✓	CE
Número de documento: 30290481		Ciudad de expedición: MANIZALES		
Parentesco: ESPOSA		Teléfono de contacto: 3113009902		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.
(Describir en este espacio si la persona acepta de manera directa o a través de quien y de forma verbal, escrita o no verbal)

ACEPTO

Nombre de la persona a ser valorada: CARLOS ALBERTO RÍOS PATIÑO

Tipo documento y número: CC 75073387

Firma: CARLOS RÍOS

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

AMY LOZANO YUSTE

C.C: 30 290 481

Firma: AMY LOZANO YUSTE

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 14 **MES:** 01 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:					
Nombres y apellidos:	Angelica Maria Ortegas Rios				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE	
Número de documento:	1053771061	Ciudad de expedición:	Manizales		
Teléfono de contacto:	3185233458				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)					
Nombres y apellidos:	Juan David Cardona A				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE	
Número de documento:	1053807150	Ciudad de expedición:	Manizales		
Parentesco:	Esposo	Teléfono de contacto:	3225298161		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

(Describir en este espacio si la persona acepta de manera libre y plena, o no, el proceso de valoración y de forma verbal o no verbal como lo hace)

Acepto

Nombre de la persona a ser valorada: Angelica Ortegas

Tipo documento y número: CC 1053771061

Firma: Angelica Ortegas

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Juan David Cardona

C.C: 1053807150

Firma: Juan Cardona

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 14 **MES:** 04 **AÑO:** 26

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:					
Nombres y apellidos: Santiago Jandinez Ocampo					
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE	
Número de documento: 1054862806		Ciudad de expedición: Boston EST			
Teléfono de contacto: 311306 2212 3001894258					

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)					
Nombres y apellidos: Amparo Ocampo Bustamante					
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE	
Número de documento: 30298763		Ciudad de expedición: Manizales			
Parentesco: Madre		Teléfono de contacto: 3001894258			

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

(Describir en este espacio si la persona incluida en esta ficha da su aceptación o no para hacer parte del proceso de valoración y certificación de discapacidad)

Acepto

Nombre de la persona a ser valorada: Santiago Jandinez O.

Tipo documento y número: 1054862806

Firma: Santiago Jandinez

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Amparo Ocampo Bustamante

C.C: 30298763 mis

Firma:

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 14 **MES:** 04 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos:	Sara Lucia Chacón Arboleda.			
Tipo de documento:	RC	TI	CC x	CE
Número de documento: 1054861890	Ciudad de expedición: Manizales			
Teléfono de contacto: 3206733932				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos:	Paula Tatiana Chacón Arboleda.			
Tipo de documento:	RC	TI	CC x	CE
Número de documento: 30395417	Ciudad de expedición: Manizales			
Parentesco: Madre	Teléfono de contacto: 3206733932			

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Acepto.

Nombre de la persona a ser valorada: Sara Lucia Chacón Arboleda.

Tipo documento y número: CC 1054861890

Firma: Sara Lucia

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):
Paula Tatiana Chacón Arboleda

C.C: 30395417

Firma:

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 14 **MES:** 04 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:					
Nombres y apellidos: Carmen Julia Morales					
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE	
Número de documento: 30312533		Ciudad de expedición: manizales			
Teléfono de contacto: 3122127699					

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: Misael Ramirez				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 10244486		Ciudad de expedición: manizales		
Parentesco:		Teléfono de contacto: 3137855962		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, qué, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Acepto

Nombre de la persona a ser valorada: Carmen Julia Morales

Tipo documento y número: CC = 30312533

Firma: Carmen Julia Morales.

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Misael Ramirez

C.C: 10244486

Firma:

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

ALCALDÍA DE MANIZALES

INT[illegible]ENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA

REGISTRO DE ACTIVIDADES INDIVIDUALES EN SALUD PÚBLICA

Versión en revisión

Contratista Hosp. General Samaritano N° Contrato _____ Mes Abril 14/2026

Responsable _____ Tipo de actividad _____ Duración _____

los	Tipo ID (*)	N° Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Víctima (SI-NO)	Grupo etnico (ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno (ver lista)	Grupo priorizado	Programa	Firma
ez Isabel	RC	1053876828	4	H	M	3222141109	Topacio	atalaya	SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Herrera Isabela.
te Rios	TI	1036138854	8	H	M	3226538035	Barbara	Estacion	SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Yuliet h Rios
orales O.	TI	1030758727615	M	F	F	3135436857	San Sebastian	C. Norte	SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Camila Morales O.
ballos	TI	1056190923 7	H	M	M	3147377302	Palmera	C. Norte	SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Clara María López.
o Marin	CC	10257015	63	H	M	3223733318	Bosques	C. Norte	SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Dario Morales
alvarez M	TI	1054869508	2	M	F	3218657660	San Sebastian	C. Norte	SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Beatriz Mejía
z Acosta	CC	1053800774 36	H	M	M	3217744495	Nacederos		SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Robinson Herrera
Herrera	CC	1002609240 23	M	F	F	3127778594	Los Cambulos		SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Andrea Rios H
rios C	CC	24339845	42	M	F	3122857	Alto Tablazo	Atalaya	SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Fabian A Arias C.
Aguirre C	CC	1247868349	3	M	F	3148	Sabiza	Ecoturistico	SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Laura V. Aguirre.
rez H.	CC	10217719	78	H	M	3105	Cenicampo		SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Antonio Ospina
Naranjo	CC	1023725174	H	M	M	3116	Galan	San José	SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Abel Escobar
rriaga C	CC	1053825353	33	H	M	3115	Lara	Estacion	SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Sandra Arias
Rios Katin	CC	1007338952	2	H	M	3143009	Palermo	Palogrande	SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Carlos A Rios P
Allegras G	CC	1053710161	39	M	F	3127	Bonanza	C. Norte	SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Juan Cardona
ortiz O	CC	1054861	19	H	M	3113	Palermo	C. Norte	SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Amparo Arroyo B
on A.	CC	1054861	19	H	F	3206	Trebol		SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Rubiel Chacon A
	CC	30312533	62	M	F	3122	Rio Jil						HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Carmen Julia M.
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	

contrario escriba NA (No aplica)

CE: Cedula de Extranjeria, **P:** Pasaporte, **PEP:** Permiso Especial de Permanancia, **RC:** Registro Civil, **SI:** Sin Identificación, **TI:** Tarjeta de Identidad.

o binario.

A: Raizales; **PA**: Palenqueros; **IN**: Indigenas, **RO**: Room; **NA**: No Aplica.

Escolar.

a Ley 1581 de 2012: "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por el personal de salud (nombres) _____, que los responsables del tratamiento de mis datos personales son la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____, los cuales recolectarán, usarán y ección y apoyo de temas relevantes en el tema de Salud. Reconozco el carácter voluntario en responder preguntas que versen sobre datos personales y mis derechos como titular de los datos, que incluyen el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así lorgado para el, así como la garantía de la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos. Por ello autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____ para recolectar y tratar mis datos personales de acuerdo con la información suministrada y según el programa de atención desarrollado.

En relación con lo anterior, yo (nombre) _____ autorizo como responsable institucional de la actividad, el registro de los datos de los NNA

DISCAPACIDAD 13 DE ABRIL DEL 2026

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: _____

FECHA: DÍA: 13 MES: 4 AÑO: 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:						
Nombres y apellidos:	María Cecilia Palacio.					
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE		
Número de documento:	30274796	Ciudad de expedición:	Manizales			
Teléfono de contacto:	314-8819158					

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)						
Nombres y apellidos:	Rosa Stella Palacio B					
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE		
Número de documento:	30 309 391	Ciudad de expedición:	Manizales			
Parentesco:	Hermana	Teléfono de contacto:	314 8819158.			

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

x Acepto

Nombre de la persona a ser valorada: María Cecilia Palacio.

Tipo documento y número: 30 274 796

Firma: M. Cecilia Palacio B

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique): Rosa Stella Palacio B

C.C: 30 309 391

Firma: Rosa Stella Palacio B

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales.

FECHA: DÍA: 13 MES: 04 AÑO: 26

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Carlos Arturo Osorio Rincon				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 10257.131		Ciudad de expedición:		
Teléfono de contacto: 3117676980 - 3024636946				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: Frany Lorena Cano Tama				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 1.060.647.637		Ciudad de expedición:	Manizales (Cal)	
Parentesco: Cuñada		Teléfono de contacto: 3024636946		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presento previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Acepto.

Nombre de la persona a ser valorada: Carlos Arturo Osorio R.

Tipo documento y número: 10.251.131

Firma: Carlos osorio

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Frany Lorena Cano Tama

C.C. 1.060647.637

Firma: Frany Lorena Cano T.

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 13 MES: 04 AÑO: 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Sorge Duvan Sanchez Villada				
Tipo de documento:	RC	TI	CC x	CE
Número de documento: 75.079.109		Ciudad de expedición: Manizales		
Teléfono de contacto: 3202041634 - 3104212864				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: Rosalba Villada				
Tipo de documento:	RC	TI	CC x	CE
Número de documento: 24.305.887		Ciudad de expedición: Manizales		
Parentesco: Mamá		Teléfono de contacto: 3104212864		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoracion clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Sorge Duvan Sanchez Villada

Nombre de la persona a ser valorada: Sorge Duvan Sanchez

Tipo documento y número: CC 75.079.109

Firma: Sorge Duvan

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Rosalba Villada

C.C: 24305887

Firma: Rosalba Villada

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: _____

FECHA: DÍA: 13 MES: 04 AÑO: 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:					
Nombres y apellidos:	Juan Esteban Montes Rodriguez				
Tipo de documento:	RC	TI X	CC	CE	
Número de documento:	1054400270	Ciudad de expedición:			
Teléfono de contacto:	3244174884				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)					
Nombres y apellidos:	Cindy Daniela Rodriguez Betancur				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE	
Número de documento:	1088820821	Ciudad de expedición:			
Parentesco:	Madre.	Teléfono de contacto:			

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

x Acepto

Nombre de la persona a ser valorada: Juan Esteban Montes Rodriguez

Tipo documento y número: 1054400270

Firma: Juan Esteban Montes

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Cindy Daniela Rodriguez

C.C: 1088820821

Firma: Daniela Rodriguez

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 13 MES: Abril AÑO: 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:					
Nombres y apellidos:	Miguel López Hincapie				
Tipo de documento:	RC	TI X	CC	CE	
Número de documento:	1056131255	Ciudad de expedición:	Manizales		
Teléfono de contacto:	3017372248 - 3024864888				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)					
Nombres y apellidos:	Aleyda López Hincapie				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE	
Número de documento:	30.338.599	Ciudad de expedición:	Manizales		
Parentesco:	Mamá	Teléfono de contacto:	3017372248 - 3024864888		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que dio este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Acepto

Nombre de la persona a ser valorada: Miguel López Hincapie

Tipo documento y número: T.I. 1.056.131.255

Firma: _____

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Aleyda López Hincapié

C.C: 30.338.599

Firma:

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

ALCALDÍA DE MANIZALES
INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA
REGISTRO DE ACTIVIDADES INDIVIDUALES EN SALUD PÚBLICA

Versión en revisión

Contratista _____ N° Contrato _____ Mes 13-04-2026

Responsable _____ Tipo de actividad _____ Duración _____

...os	Tipo ID (*)	N° Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NS)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Víctima (SI-NO)	Grupo étnico (ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno (ver lista)	Grupo priorizado	Programa	Firma
Palacio	CC	2021479664	M	F		3146819548	Centro	Comuna	Si	No	No	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
[illegible]		1025113167	H	M		3117676948	Villa Hermosa		Si	No	No	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
Sanchez	CC	75077959	H	M		3042172864	Guamal		Si	No	No	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
Montes R.	TI	1054600614	H	M		3244174886	San Sebastian		Si	Si	No	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
[illegible]	TI	1004131453	11	H	M	3013972448	Nogal el		Si	No	No	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	

...ontrario escriba NA (No aplica)

...CE: Cedula de Extranjeria, P: Pasaporte, PEP: Permiso Especial de Permanencia, RC: Registro Civil, SI: Sin Identificación, TI: Tarjeta de Identidad

...o binario

...A: Raizales, PA: Palenqueros, IN: Indígenas, RO: Room, NA: No Aplica.

...Escolar.

...a Ley 1581 de 2012: "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por el personal de salud (nombres) _____ que los responsables del tratamiento de mis datos personales son la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____ los cuales recolectarán, usarán y ...cción y apoyo de temas relevantes en el tema de Salud. Reconozco el carácter voluntario en responder preguntas que versen sobre datos personales y mis derechos como titular de los datos que incluyen el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así ...orgado para el, así como la garantía de la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos. Por ello autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____ para recolectar y tratar mis datos personales de acuerdo con la información suministrada y según el programa de atención desarrollado.

En relacion con lo anterior, yo (nombre) _____ autorizo como responsable institucional de la actividad, el registro de los datos de los NNA

DISCAPACIDAD 09 DE ABRIL 2026

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 9 **MES:** ABRIL **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Sandra Milena Morales				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 1053787350		Ciudad de expedición: Manizales		
Teléfono de contacto: 3147196568				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: Gloria Nelly Franco				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 24872675		Ciudad de expedición: Pensilvania		
Parentesco: MADRE		Teléfono de contacto: 3147196568		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

(Consignar en este espacio si la persona acepta de manera libre y de forma voluntaria, de ser así, por escrito)

Acepto

Nombre de la persona a ser valorada: Sandra Milena Morales

Tipo documento y número: cc 1053787350

Firma: _____

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Gloria Nelly Franco

C.C: 24872675

Firma: Gloria Nelly Franco

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 09 **MES:** 04 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos:	María Olga Jaramillo Lopez			
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento:	24330660	Ciudad de expedición:	09-Oct-1978	
Teléfono de contacto:	3117705637			

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos:	Angela Cifuentes Vargas			
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento:	1053779964	Ciudad de expedición:	Manizales	
Parentesco:	Hija Adoptiva	Teléfono de contacto:	3153325105	

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

(Describir de qué manera la persona otorga su aceptación después de haber sido informada sobre el proceso y las formas en que se realizará la valoración)

acepto.

Nombre de la persona a ser valorada: María Olga Jaramillo

Tipo documento y número: 24330666

Firma:

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Angela Cifuentes Vargas

C.C: 1053779964

Firma: Angela Cifuentes V.

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 9 **MES:** 04 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:					
Nombres y apellidos: Diana Carolina Infante Galarza.					
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE	
Número de documento: 52897163		Ciudad de expedición: Bogotá			
Teléfono de contacto: 3122395493					

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos:				
Tipo de documento:	RC	TI	CC	CE
Número de documento:		Ciudad de expedición:		
Parentesco:		Teléfono de contacto:		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

(Describir en caso especial si la persona acepta de manera oral o a través de señas y de forma escrita, cómo lo hace)

acepto

Nombre de la persona a ser valorada: Diana Carolina Infante G.

Tipo documento y número: CC. 52897163

Firma:

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

C.C:

Firma:

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 09 **MES:** 04 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Santiago Andrés Molina Isaza				
Tipo de documento:	RC	TI x	CC	CE
Número de documento: 1056136851		Ciudad de expedición: Manizales		
Teléfono de contacto: 3206965426				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: Sandra Vanessa Isaza González				
Tipo de documento:	RC	TI	CC x	CE
Número de documento: 1053797831		Ciudad de expedición: Manizales		
Parentesco: Madre		Teléfono de contacto: 3206965426		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

(Derecho en caso negativo a la persona no acepta de manera libre y expresa el asunto y de forma verbal, escrita o por cualquier)

Nombre de la persona a ser valorada: Santiago Andrés Molina

Tipo documento y número: TI 1056136851

Firma: Santiago

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Sandra Vanessa Isaza G

C.C: 1053797831

Firma: Vanessa Isaza G

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales Caldas

FECHA: DÍA: 09 **MES:** Abril **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:						
Nombres y apellidos: Yamile Ocampo						
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE		
Número de documento: 30239093	Ciudad de expedición:					
Teléfono de contacto: 3207192720						

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)						
Nombres y apellidos: Yamile Ocampo						
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE		
Número de documento: 30239093	Ciudad de expedición:					
Parentesco:	Teléfono de contacto:					

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

(Observación: de darse negación en la narrativa previa de manera directa o indirecta, o bajo el criterio y de forma verbal, no procede lo anterior)

Nombre de la persona a ser valorada: Yamile Ocampo

Tipo documento y número: 30239093

Firma: Yamile Ocampo

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

C.C:

Firma:

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: _____

FECHA: DÍA: 9 **MES:** Abril **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:					
Nombres y apellidos:	Luisa María Ríos C.				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE	
Número de documento:	1053803865	Ciudad de expedición:	Manizales		
Teléfono de contacto:	3013393545				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)					
Nombres y apellidos:	Ludivia Cordoba A.				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE	
Número de documento:	30329602	Ciudad de expedición:	Manizales		
Parentesco:		Teléfono de contacto:	3013393545		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

(Describir en este espacio si la persona acepta de manera libre y voluntaria o no)

_____

_____

_____

Nombre de la persona a ser valorada: Luisa María Ríos

Tipo documento y número: 1053803865

Firma: Luisa María R

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Ludivia Cordoba A.

C.C: 30.329602

Firma: Ludivia Cordoba A

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 9 **MES:** 04 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:					
Nombres y apellidos:	Alba Doris Salgado Salgado				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE	
Número de documento:	24333181	Ciudad de expedición:	Manizales		
Teléfono de contacto:	3207673597				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)					
Nombres y apellidos:	Maria Nedy Salgado Salgado				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE	
Número de documento:	30293799	Ciudad de expedición:	Manizales		
Parentesco:	Hermana	Teléfono de contacto:	3207673597		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.

https://mail.google.com/mail/u/0/#search/CONSENTIMIENTO/QgrcJHsnxqdRHWmMBOTCwbRdRgQqnsV?projector=1&messagePartId=0.1 1/1

7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Nombre de la persona a ser valorada: Alba Doris Salgado S.

Tipo documento y número: C.C. 24333181

Firma: _____

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Maria Nedy Salgado S.

C.C: 30293799

Firma: M/a Nedy Salgado S.

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

(sin asunto) - certificaciondiscapacidadhgs@gmail.com - Gmail 9/4/26, 9:03

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 09 **MES:** 04 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Amanda Bernal Gómez				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 30.299.724		Ciudad de expedición: Manizales		
Teléfono de contacto: 3006090375				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: Luz Mary Bernal Gómez				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 24.321.381		Ciudad de expedición: Manizales		
Parentesco: Hermana		Teléfono de contacto: 3006090375		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Nombre de la persona a ser valorada: Amanda Bernal Gómez

Tipo documento y número: 30.299.724

Firma: Amanda Bernal

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):
Luz Mary Bernal Gómez

C.C: 24.321.381

Firma:

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

https://mail.google.com/mail/u/0/#search/CONSENTIMIENTO/QgrcJHtxnqdlRHWmMBGTCwbRkRlRgQdqsV?projector=1&messagePartId=0.1 1/1
(sin asunto) - certificaciondiscapacidadmgsa@gmail.com - Gmail
9/4/26, 9:03

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 09 **MES:** 04 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Humberto DE JESUS Arias Candamil				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 4337090		Ciudad de expedición: Aguadas		
Teléfono de contacto: 3117117407				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: Carlos Humberto Arias Candamil				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 1055836395		Ciudad de expedición: aguadas		
Parentesco: hijo		Teléfono de contacto: 3215168162		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.

https://mail.google.com/mail/u/0/?search/CONSENTIMIENTO/Qgrc...

7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

(Describir en este espacio si se requiere, indicar en cuál idioma o dialecto se hizo la traducción, si es el caso y de forma verbal, si es el caso)

Nombre de la persona a ser valorada: Humberto de Jesus Arias

Tipo documento y número: 4337090

Firma: Humberto Arias

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Carlos Humberto Arias

C.C: 1055836385

Firma: Carlos Arias

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 9 **MES:** 04 **AÑO:** 26.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:					
Nombres y apellidos: Juan Esteban Parra Urrea					
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE	
Número de documento: 1054399277		Ciudad de expedición: MTS			
Teléfono de contacto: 3244713761					

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: Luz Adriana Urrea G.				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 30335991		Ciudad de expedición: MTS		
Parentesco: Madre		Teléfono de contacto: 3114571754		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.

https://mail.google.com/mail/u/0/#search/CONSENTIMIENTO/QgrcJHtNxnqdRHWvnJBGTCwxRfRQqnsV?projector=1&messagePartId=0.1

7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

(Escriba en este espacio si la persona entiende la información y acepta participar en la valoración, en caso de ser necesario)

Nombre de la persona a ser valorada: Juan Esteban Parra U.

Tipo documento y número: 1054399277

Firma: Juan Esteban P.

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Luz Adriana Urrea G.

C.C: 30 335.991

Firma: Luz Adriana Urrea G

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 9 **MES:** 04 **AÑO:** 26

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: MARIA LIGIA GUTIERREZ AGUIRRE				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 30286405	Ciudad de expedición: MANIZALES			
Teléfono de contacto: 313 658 6823 - 3216226451				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos:				
Tipo de documento:	RC	TI	CC	CE
Número de documento:	Ciudad de expedición:			
Parentesco:	Teléfono de contacto:			

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Nombre de la persona a ser valorada: Mª Ligia Gutierrez A

Tipo documento y número: CC. 30286405

Firma:

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

C.C:

Firma:

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

https://mail.google.com/mail/u/0/#search/CONSENTIMIENTO/QgrcJHbxnqtlRHWvNJBOTCwqkRfRGQdnsV?projector=1&messagePartId=0.1 1/1
(Sin asunto) - ceditreconocdiscapacidadmgsl@gmail.com - Gmail 9/4/26, 9:03

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 21 **MES:** 04 **AÑO:** 26

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:						
Nombres y apellidos:	Luis Fernando Ríos López					
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE		
Número de documento:	75103505	Ciudad de expedición:	Manizales			
Teléfono de contacto:	3147924331					

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)						
Nombres y apellidos:	Julieta López Gonzalez					
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE		
Número de documento:	30300060	Ciudad de expedición:	Manizales			
Parentesco:	Madre	Teléfono de contacto:	3147924331			

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.

7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Nombre de la persona a ser valorada: Luis Fernando Ríos López

Tipo documento y número: CC 75103505

Firma:

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):
Julieta López Gonzalez

C.C: 30300060

Firma: Julieta López

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 09 **MES:** 04 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos:	Carolina Echeverri Arias			
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento:	30238146	Ciudad de expedición:	Manizales	
Teléfono de contacto:	3128255113			

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos:	María Eucaris Arias de Echeverri			
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento:	31399560	Ciudad de expedición:	Cartago	
Parentesco:	Madre	Teléfono de contacto:	3128255113	

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Acepto

Nombre de la persona a ser valorada: Carolina Echeverri Arias

Tipo documento y número: CC. 30238146

Firma: Carolina E/A.

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):
María Eucaris Arias de Echeverri

C.C: 31399560

Firma: M.ª Eucaris Arias d/E

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

https://mail.google.com/mail/u/0/#search/CONSENTIMIENTO/QgrcJHxnqqlRHWpNlBOTCwbkRdRgQqns?projector=1&messagePartId=... 1/1
9/4/26, 9:03 (sin asunto) - certificaciondiscapacidadhgs@gmail.com - Gmail

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 09 **MES:** Abril **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos:	Logan Salamanca Morales			
Tipo de documento:	RC x	TI	CC	CE
Número de documento:	1054402375	Ciudad de expedición:	Manizales	
Teléfono de contacto:	3175209229			

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos:	Alejandra Morales Perez			
Tipo de documento:	RC	TI	CC x	CE
Número de documento:	1053839612	Ciudad de expedición:	Manizales	
Parentesco:	Mama	Teléfono de contacto:	3193209229	

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.

7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

(Observación del usuario o de su representante o persona de apoyo: diligencia en el formato de consentimiento informado)

Nombre de la persona a ser valorada: Logan Salamanca Morales

Tipo documento y número: RC 1054402375

Firma: Alejandra Morales

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Alejandra Morales Perez

C.C: 1053839612

Firma: Alejandra Morales P.

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: _____

FECHA: DÍA: 09 **MES:** 04 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Miguel Angel Diaz Murcia.				
Tipo de documento:	RC X	TI	CC	CE
Número de documento: 1034793802	Ciudad de expedición: Manizales			
Teléfono de contacto: 3122044953				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: Angela Tatiana Murcia Giraldo				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 1053771453	Ciudad de expedición: Manizales			
Parentesco: Madre	Teléfono de contacto: 3122044953			

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Nombre de la persona a ser valorada: Miguel Angel Diaz Murcia

Tipo documento y número: 1034793802.

Firma: _____

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Angela Tatiana Murcia Giraldo

C.C: 1053771453

Firma: _____

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Yopal (Casanare)

FECHA: DÍA 09 **MES:** 04 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos:	Ruth López Urquijo.			
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento:	26270550	Ciudad de expedición:	Yopal.	
Teléfono de contacto:	3117955 3748.			

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos:	Víctor Hugo Díaz.			
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento:	1027337	Ciudad de expedición:	Yopal	
Parentesco:	Hijo	Teléfono de contacto:	3117955 3748.	

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

(Diligenciar en caso de apoyo de persona adulta de manera diferente a la persona con discapacidad)

_____

_____

_____

Nombre de la persona a ser valorada: Ruth López Urquijo

Tipo documento y número: CC. 26270550

Firma: Ruth López Urquijo

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Víctor Hugo Díaz López

C.C: 1027337

Firma: Víctor Hugo Díaz C.

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: _____

FECHA: DÍA: 9 **MES:** 4 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Juliana Loaiza Duque				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 1054857564		Ciudad de expedición: Manizales		
Teléfono de contacto: 3113978721				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos:				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 24347163		Ciudad de expedición: Manizales		
Parentesco: Madre		Teléfono de contacto: 3113978721		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

_____

_____

_____

Nombre de la persona a ser valorada: Juliana Loaiza Duque

Tipo documento y número: 1054857564 C.C

Firma: JULIANA LOAIZA D

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Olga Patricia Duque Londoño

C.C: 24347163

Firma: Olga Patricia Duque Londoño

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: _____

FECHA: DÍA: _____ **MES:** _____ **AÑO:** _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:					
Nombres y apellidos:	Fabiola Franco Betancur				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE	
Número de documento: 24.298.797		Ciudad de expedición: Manizales			
Teléfono de contacto: 3168606072					

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)					
Nombres y apellidos:	María Lilia Arrastrabal Franco				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE	
Número de documento: 30321.716		Ciudad de expedición: Manizales			
Parentesco: Hija		Teléfono de contacto: 3168606072			

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

_____

_____

_____

Nombre de la persona a ser valorada: Fabiola Franco Betancur

Tipo documento y número: C.C. 24.298.797.

Firma: Fabiola Franco

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

María Lilia Arrastrabal F

C.C: 30.321.716

Firma: María Lilia Arrastrabal F

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 09 **MES:** 04 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Eliecer Alberto Galeano Vasquez				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 1055755576		Ciudad de expedición: Mzles		
Teléfono de contacto: 3155070724				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: Julia Clemencia Galeano Vásquez				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 30292408		Ciudad de expedición: Mzles		
Parentesco: Madre		Teléfono de contacto: 3155070724		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

(Nombre del usuario, escribir de manera completa, sin abreviaturas, firmar y dar huella cuando sea el caso)

Nombre de la persona a ser valorada: Eliecer Alberto Galeano Vásquez

Tipo documento y número: 1055755576

Firma: Eliecer A. G

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Julia Clemencia Galeano Vásquez

C.C: 30292408

Firma: Julia Galeano

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: _____

FECHA: DÍA: _____ **MES:** _____ **AÑO:** _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Glenys Hernandez Santodomingo				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 1047370689		Ciudad de expedición: Cartagena		
Teléfono de contacto: 3205887581				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: Diana Quiñones Rojas				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 1082882343		Ciudad de expedición: Santa Marta		
Parentesco: Prima		Teléfono de contacto:		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Diligenciar en este espacio si la persona acepta de manera libre y voluntaria (escrita y de forma verbal cuando aplique) participar en el proceso

_____

_____

_____

Nombre de la persona a ser valorada: Glenys Hernandez

Tipo documento y número: CC 1047370689

Firma: _____

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Diana Quiñones Roja

C.C: 1082882343

Firma: _____

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

https://mail.google.com/mail/u/0/#search/CONSENTIMIENTO/QgrcJHMxnqJRHWxNJBOTCwmRRjGQdnsV?projector=1&messagePartId=0.1 1/1
9/4/26, 9:03 (Sin asunto) - certificacionlocalizacionydadpgs@gmail.com - Gmail

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 9 **MES:** 4 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:					
Nombres y apellidos:	Luz Amparo Moreno Ospina				
Tipo de documento:	RC	TI		CC X	CE
Número de documento:	30288500	Ciudad de expedición:	Manizales		
Teléfono de contacto:	3118613385				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)					
Nombres y apellidos:	Maria Teresa Moreno Ospina				
Tipo de documento:	RC	TI		CC X	CE
Número de documento:	30287754	Ciudad de expedición:	Manizales		
Parentesco:	hermana	Teléfono de contacto:	3118613385		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Nombre de la persona a ser valorada: Luz Amparo Moreno O

Tipo documento y número: 30288500

Firma: _____

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Maria Teresa Moreno O

C.C: 30287754

Firma: _____

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 9 **MES:** 04 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:						
Nombres y apellidos:	Gloria Jimenez Diaz					
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE		
Número de documento:	24292223	Ciudad de expedición:	Manizales			
Teléfono de contacto:	3145655823					

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)						
Nombres y apellidos:	Sandra Patricia Betancur J					
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE		
Número de documento:	30325921	Ciudad de expedición:	Manizales			
Parentesco:	Sobrina	Teléfono de contacto:	3163711144			

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

(Describir en este espacio si la persona requiere de apoyos diferentes a la persona de quien recibe la información)

Nombre de la persona a ser valorada: Gloria Jimenez Diaz

Tipo documento y número: CC 24292223

Firma: _____

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Sandra Patricia Betancur J

C.C: 30325921

Firma: Sandra Patricia Betancur J

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

https://mail.google.com/mail/u/0/#search/CONSENTIMIENTO/QgrcJHsNnqgRHWmJBOTCwbKRKRQQqnsV?projector=1&messagePartId=0.1 1/1
9/4/26, 9:03 (sin asunto) - creditfacilondisc.apoderadabq@gmail.com - Gmail

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 9 **MES:** 04 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Jose Hugo Vele's				
Tipo de documento:	RC	TI	CC	CE
Número de documento: U. 3096		Ciudad de expedición: Man. Vales		
Teléfono de contacto: 3177307 2836				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: Hildaccilagirado				
Tipo de documento:	RC	TI	CC	CE
Número de documento: 30297746		Ciudad de expedición:		
Parentesco:		Teléfono de contacto:		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.

https://mail.google.com/mail/u/0/#search/CONSENTIMIENTO/QgrcJHbxnqRHWMTBQTCwKRdRjQqnsV?projector=1&messagePartId=1

7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Nombre de la persona a ser valorada: Jose Hugo Veles

Tipo documento y número: U. 3096 CC

Firma: Hugo Veles

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Hildaccilagirado

C.C: 30297746

Firma: Hildaccilagirado

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 9 **MES:** 04 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:					
Nombres y apellidos: Heroina Martinez Maryland a					
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE	
Número de documento: 25'094145		Ciudad de expedición: Salamina			
Teléfono de contacto: 300 136 2390					

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)					
Nombres y apellidos: Paula Marcela Morales Martinez					
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE	
Número de documento: 30'393648		Ciudad de expedición: Manizales			
Parentesco: Hija		Teléfono de contacto: 3001362390			

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.

7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

(Marcar en este espacio si la persona requiere apoyo y propio de apoyo) de forma verbal en esta misma línea)

Nombre de la persona a ser valorada: Heroina Martinez Maryland a.

Tipo documento y número: C.C. 25'094145

Firma:

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):
Paula Marcela Morales M.

C.C: 30'393648.

Firma: Paula Marcela Morales M.

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: _____

FECHA: DÍA: _____ **MES:** _____ **AÑO:** _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Gladys Yepes Giraldo				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 30281103		Ciudad de expedición:		
Teléfono de contacto: 3215927339				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos:				
Tipo de documento:	RC	TI	CC	CE
Número de documento:		Ciudad de expedición:		
Parentesco:		Teléfono de contacto:		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Acepto

Nombre de la persona a ser valorada: Gladys Yepes Giraldo

Tipo documento y número: cc 30281103

Firma: Gladis Yepes

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

_____

C.C: _____

Firma: _____

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Caldas

FECHA: DÍA: 09 **MES:** 04 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Alana milagros Peralta Acevedo				
Tipo de documento:	RC X	TI	CC	CE
Número de documento: 1054895738		Ciudad de expedición: manizales		
Teléfono de contacto: 3244246015				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: angela Marina Botero				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 24336629		Ciudad de expedición: manizales		
Parentesco: Abuela		Teléfono de contacto: 3244246015		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Nombre de la persona a ser valorada: Alana milagros Peralta

Tipo documento y número: 1054895738

Firma: Angela Botero

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Angela Botero

C.C: 24336629

Firma: Angela Botero

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: caldas

FECHA: DÍA: 09 **MES:** 04 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos:	José angel peralta			
Tipo de documento:	RC	TI X	CC	CE
Número de documento:	1054882709	Ciudad de expedición:	manizales	
Teléfono de contacto:	3136471059			

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos:	Lady Lorena Bedoya			
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento:	1053812266	Ciudad de expedición:	manizales	
Parentesco:	madre	Teléfono de contacto:	3136471059	

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

(Describir en este espacio si la persona tomará decisiones por sí misma o si requiere de apoyos y de quién/es requiere el apoyo)

Nombre de la persona a ser valorada: José angel peralta

Tipo documento y número: 1054882709

Firma: José Angel

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Lady Lorena

C.C: 1053812266

Firma: Lady Lorena

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 09 **MES:** 04 **AÑO:** 2026.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA							
Nombres y apellidos:	María Calmira Mejía de M.						
Tipo de documento:	RC		TI		CC	X	CE
Número de documento:	24850326		Ciudad de expedición:		Palestina (D)		
Teléfono de contacto:	3217829477						

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)							
Nombres y apellidos:	Calmira Martínez Mejía						
Tipo de documento:	RC		TI		CC	X	CE
Número de documento:	30304661		Ciudad de expedición:		Manizales		
Parentesco:	Hija		Teléfono de contacto:		3217829477		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Nombre de la persona a ser valorada: María Calmira Mejía

Tipo documento y número: C.C 24850326

Firma: _____

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique): Calmira Martínez Mejía

C.C: 30304661 (Mzl)

Firma: Calmira Martínez

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

ALCALDÍA DE MANIZALES

INTER[illegible]CIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA

REGISTRO DE ACTIVIDADES INDIVIDUALES EN SALUD PÚBLICA

Versión en revisión

Contratista Hosp General con bidio Nº Contrato _____ Mes abril 9/2026

Responsable _____ Tipo de actividad _____ Duración _____

dos	Tipo ID (*)	Nº Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Víctima (SI-NO)	Grupo étnico (ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno (ver lista)	Grupo priorizado	Programa	Firma
Montes T	CC	1053782350477	F	M		3147146[illegible]	[illegible]n Salado	Remanso	SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Gloria Nelly Franco
ravillo L.	CC	24330666771	F	M		3117705637	[illegible] Norte	[illegible]	SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	*MARIA OLGA
Hape G	CC	52897163447	F	M		3122391443	[illegible]	Remanso	SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Gabriela Infante
Molina I	TI	1076136891 9	M	H		3206967469	[illegible]ar	Atardeceres	SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Santiago
po	CC	30239[illegible]343	F	M		3207[illegible]2710	Villa[illegible]	Horizontes	SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	- Yamile Cc
rtiz C.	CC	1053[illegible]5536	F	M		3013[illegible]45	[illegible]a	Atardeceres	SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Luisa Maria R
gado	CC	24333[illegible]76	F	M		3206[illegible]	[illegible]	Fuente	SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Maria Nedy Salgado
el Cauca	CC	30299[illegible]477	F	M		3006[illegible]035	Centro	Comuneros	SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	*Amanda Ber
s Arcos	CC	4337[illegible]072	M	H		3117[illegible]	[illegible] Norte	[illegible]	SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	*claudia patricia G
arca	CC	1053[illegible]	M	H		3114[illegible]	Villa[illegible]	Horizontes	SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Juan Esteban P.
quez A	CC	3026[illegible]	F	M		3136[illegible]	[illegible]	Horizontes	SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	*Mª Luisa Gutierrez
Rios L	CC	7510[illegible]	M	H		3147[illegible]	[illegible]	Fuente Comuneros	SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	- Diego Jaramillo
Arias	CC	3023[illegible]	F	M		3128[illegible]	Lauri[illegible]	Palogrande	SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	*CAROLINA
uca	RC	1054[illegible]	M	H		3175[illegible]	[illegible]	Universitarios	SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	*Alejandra marin
rz Murcia	RC	1034[illegible]	M	H		3122[illegible]	[illegible]ombre	Ecoturistica	SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	*Angela Tatiana Moreno
ales.	CC	2423[illegible]86	M	H		3119[illegible]	Enea	Tesorito	SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Nancy Diaz.
Duque	CC	1054[illegible]	F	M		3117[illegible]	Palo negro	Palogrande	SI	NA	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	- SULIANA L
Betancourt	CC	2429[illegible]	F	M		3168606012	Jose Dolores	San Jose	SI	NA		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	- Yulida Franco
Galeano	CC	1057[illegible]	M			3015[illegible]	URA[illegible]	Panorama	SI	NA		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	- ejecc A.G
dez J.	CC	1054[illegible]	M			3205[illegible]	Villa Pilar	Atardeceres		SI	No	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Edwin Bustamante
o Ospina	CC	3022[illegible]	F	M		3118[illegible]	Pio 12	Universitarios				NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Luz Herrera
ez Ola	CC	1424[illegible]	F	m			Eleras	Estacion				NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Patricia Bedoya

OK

contrario escriba NA (No aplica)

DE: Cedula de Extranjeria, P: Pasaporte, PEP: Permiso Especial de Permanencia, RC: Registro Civil, SI: Sin identificación, TI: Tarjeta de Identidad

o binario

A: Raizales; PA: Palenqueros; IN: Indigenas; RO: Room; NA: No Aplica

Escolar;

a Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por el personal de salud (nombres) _____ que los responsables del tratamiento de mis datos personales son la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____ los cuales recolectarán, usarán y
icción y apoyo de temas relevantes en el tema de Salud. Reconozco el carácter voluntario en responder preguntas que versen sobre datos personales y mis derechos como titular de los datos, que incluyen el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así
orgado para el, así como la garantía de la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos. Por ello autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Secretaría de Salud Pública de Manizales y
_____ para recolectar y tratar mis datos personales de acuerdo con la información suministrada y según el programa de atención desarrollado

En relación con lo anterior, yo (nombre) _____ autorizo como responsable institucional de la actividad, el registro de los datos de los NNA

ALCALDÍA DE MANIZALES
INTER...NCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA
REGISTRO DE ACTIVIDADES INDIVIDUALES EN SALUD PÚBLICA

Versión en revisión

Contratista _____ N° Contrato _____ Mes _____

Responsable _____ Tipo de actividad _____ Duración _____

idos	Tipo ID (*)	N° Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Víctima (SI-NO)	Grupo étnico (ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno (ver lista)	Grupo priorizado	Programa	Firma
lez	CC	43096 45	87	M	H	3113012826	Carmen	Macarena				NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Yuldaccc Lopez Ord
tinez	CC	25044145	78	M	F	300 1348904	Arboleda	Atanasio				NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Paula Marcela Martinez
es Giraldo	CC	3528110 3	64	M	F	3215977389	Horacio	Norte				NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Yadis Lopes
lda	RC	1094895775	9 años	M	F	3244246072	Avenida	San José				NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Ansela Botero
ercelta	TI	1054588749	12	H	M	3136471669	Avenida	San José				NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Jean Jaime
Mejia	CC	2485e326	68	M	F	3217824477	Berrelle	Ribera				NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Gloria Mejia
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	

contrario escriba NA (No aplica)
CE: Cedula de Extranjeria, **P:** Pasaporte, **PEP:** Permiso Especial de Permanancia, **RC:** Registro Civil, **SI:** Sin identificación, **TI:** Tarjeta de Identidad

lo binario.
IA: Raizales, **PA:** Palenqueros, **IN:** Indigenas, **RO:** Room, **NA:** No Aplica.
Escolar.

a Ley 1581 de 2012: "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por el personal de salud (nombres) _____, que los responsables del tratamiento de mis datos personales son la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____, los cuales recolectarán, usarán y
acción y apoyo de temas relevantes en el tema de Salud. Reconozco el carácter voluntario en responder preguntas que versen sobre datos personales y mis derechos como titular de los datos, que incluyen el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así
torgado para el, así como la garantía de la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos. Por ello autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____ para recolectar y tratar mis datos personales de acuerdo con la información suministrada y según el programa de atención desarrollado.
En relación con lo anterior, yo (nombre) _____ autorizo como responsable institucional de la actividad, el registro de los datos de los NNA

DISCAPACIDAD 07 DE ABRIL 2026

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 2 **MES:** 3 **AÑO:** 26

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Samuel Ramirez Mejia				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 1089931828	Ciudad de expedición:			
Teléfono de contacto: 3156374642				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos:				
Tipo de documento:	RC	TI	CC	CE
Número de documento:		Ciudad de expedición:		
Parentesco:		Teléfono de contacto:		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Acepto

Nombre de la persona a ser valorada: Samuel Ramirez Mejia

Tipo documento y número: CC 1089931828

Firma:

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

C.C:

Firma:

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 07 **MES:** 04 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Valentina Santos Gomez				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 1.053.788.750		Ciudad de expedición: Manizales		
Teléfono de contacto: 3116242357				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: Juan Carlos Santos Villa				
Tipo de documento:	RC	TI	CC x	CE
Número de documento: 75.106.954		Ciudad de expedición: Manizales		
Parentesco: papa.		Teléfono de contacto: 3116242357		

Manifiesto de manera libre, espontanea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Acepto.

Nombre de la persona a ser valorada: Valentina Santos Gomez

Tipo documento y número: cc. 1053788750

Firma: VALENTINA SANTOS

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):
Juan Carlos Santos Villa

C.C: 75106954

Firma: Juan Carlos Santos Villa.

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: _____

FECHA: DÍA: 07 **MES:** 04 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Marisol Mogollon Orozco				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 1053835464	Ciudad de expedición: Manizales			
Teléfono de contacto: 3197737001				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: Alba Lucia Orozco N.				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 24365017	Ciudad de expedición: Aguadas			
Parentesco: Madre	Teléfono de contacto: 3113837175			

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Acepto

Nombre de la persona a ser valorada: Marisol Mogollón O.

Tipo documento y número: CC 1053835464

Firma: Marisol Mogollon O.

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Alba Lucia Orozco N.

C.C: 24365017

Firma:

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: MANIZALES

FECHA: DÍA: 07 **MES:** 04 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: FREDY LEONARDO ROJAS				
Tipo de documento:	RC	TI	CC	CE
Número de documento: 75073155	Ciudad de expedición: MANIZALES			
Teléfono de contacto: 3147032796				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: LUZ MARINA ROJAS				
Tipo de documento:	RC	TI	CC	CE
Número de documento: 24317581	Ciudad de expedición: MANIZALES			
Parentesco: HIJO	Teléfono de contacto 3147032796			

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Acepto.

Nombre de la persona a ser valorada: FREDY LEONARDO ROJAS

Tipo documento y número: 75073155

Firma: Fredy Leonardo Rojas

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

LUZ MARINA ROJAS

C.C: 24317581

Firma: Luz Marina Rojas

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 7 **MES:** Abril **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Jhon Sebastian Corral Rios				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 1002609796		Ciudad de expedición: Manizales		
Teléfono de contacto: 3116815935				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: Ma Eugenia Rios Ramón				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 24 645 109		Ciudad de expedición: Filadelfia		
Parentesco: Madre		Teléfono de contacto: 3216468613		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Acepto

Nombre de la persona a ser valorada: Jhon Sebastian Corral Rios

Tipo documento y número: C.C. 1.002.609.796

Firma:

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Ma Eugenia Rios Ramón

C.C: 24.645.109

Firma:

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 07 **MES:** 04 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Ricardo Coronado Ríos				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 1053803661		Ciudad de expedición: Manizales		
Teléfono de contacto: 3216265512				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos:				
Tipo de documento:	RC	TI	CC	CE
Número de documento:		Ciudad de expedición:		
Parentesco:		Teléfono de contacto:		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Acepto

Nombre de la persona a ser valorada: Ricardo Coronado Ríos

Tipo documento y número: C.C 1053803661

Firma:

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

C.C:

Firma:

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 07 **MES:** Abril **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos:	Samuel Camargo Escobar			
Tipo de documento:	RC	TI X	CC	CE
Número de documento:	1074997876	Ciudad de expedición:	Manizales	
Teléfono de contacto:	3212481845			

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos:	Wallery Escobar H			
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento:	30285491	Ciudad de expedición:	Manizales	
Parentesco:	Padre	Teléfono de contacto:	3212481845	

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Si acepto

Nombre de la persona a ser valorada: Samuel Camargo Escobar

Tipo documento y número: T.I 1074997876

Firma: Samuel Camargo

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Wallery Escobar H

C.C: 30.285.491

Firma:

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 7 **MES:** 04 **AÑO:** 26

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:					
Nombres y apellidos: Lucia Isabel Camacho Correa					
Tipo de documento:	RC	TI X	CC	CE	
Número de documento: 1056240343		Ciudad de expedición:		Manizales	
Teléfono de contacto: 3175933912					

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)					
Nombres y apellidos: Angela Maria Correa Polgarin					
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE	
Número de documento: 1059813911		Ciudad de expedición:		Salamina	
Parentesco: Madre		Teléfono de contacto: 3175933912			

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Acepto.

Nombre de la persona a ser valorada: Lucia Isabel camacho

Tipo documento y número: TI 1059813911

Firma: Lucia Isabel

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Angela Maria Correa

C.C: 1059813911

Firma: Angela Maria Correa

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 7 **MES:** 04 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:					
Nombres y apellidos: Francisco Javier Castillon ocampo					
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE	
Número de documento: 10.281.578		Ciudad de expedición: Manizales			
Teléfono de contacto: 3136507183 - 3164758393					

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: Luz Helena Castillon ocampo				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 30.274.535		Ciudad de expedición: Manizales		
Parentesco: Hermano		Teléfono de contacto: 3164758393		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Si acepto.

Nombre de la persona a ser valorada: Francisco Javier Castrillón

Tipo documento y número: cedula 10-281-578

Firma: Fco J. Castrillón

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Luz Helena Castrillón

C.C: 30.274.535

Firma:

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 7 **MES:** ABRIL **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Jorge Iván Pineda Delgado				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 10282339		Ciudad de expedición: Manizales		
Teléfono de contacto: 3146911179				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos:				
Tipo de documento:	RC	TI	CC	CE
Número de documento:		Ciudad de expedición:		
Parentesco:		Teléfono de contacto:		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Acepto

Nombre de la persona a ser valorada: Jorge Iván Pineda Delgado

Tipo documento y número: CC 10282339

Firma: _____

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

_____

C.C: _____

Firma: _____

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 07 **MES:** 04 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos:	Leidy Johanna Carrillo Lopez			
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento:	1033708377	Ciudad de expedición:	Bogotá	
Teléfono de contacto:	3214671715 - 3122779589			

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos:	Maria Aleyda Lopez Garcia			
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento:	30307816	Ciudad de expedición:	Manizales	
Parentesco:	Mamá	Teléfono de contacto:	3122779589	

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Nombre de la persona a ser valorada: Leidy Johanna Carrillo López

Tipo documento y número: 1033708377

Firma: Johanna Carrillo

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):
Maria Aleyda Lopez Garcia

C.C: 30307816

Firma:

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 07 **MES:** Abril **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Diana Marcela Giraldo Rios				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 1053784318		Ciudad de expedición: Manizales		
Teléfono de contacto: 3127521715				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: Camilo Eduardo Peña Sacristan				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 1018423404		Ciudad de expedición: Bogotá		
Parentesco: Novio		Teléfono de contacto: 3112550187		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

acepta de forma directa

Nombre de la persona a ser valorada: Diana Marcela Giraldo Rios

Tipo documento y número: CC: 1053784318

Firma: Diana Marcela Giraldo Rios

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Camilo Eduardo Peña Sacristan

C.C: 1018423404

Firma:

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 07 **MES:** 04 **AÑO:** 26

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Thiago Alexander Villada				
Tipo de documento:	RC X	TI	CC	CE
Número de documento: 1053878429	Ciudad de expedición: Manizales			
Teléfono de contacto: 3242560093				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: Diego Andrés Villada				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 1007234050	Ciudad de expedición: Manizales			
Parentesco: papa	Teléfono de contacto: 3242560093			

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Si acepto

Nombre de la persona a ser valorada: Thiago alexander V

Tipo documento y número: 1053878429 R.C

Firma: Thiago V

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Diego Andrés V

C.C: 1007234050

Firma: Diego V

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 07 MES: 04 AÑO: 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Leonardo Cohecha Aguirre				
Tipo de documento:	RC	TI X	CC	CE
Número de documento: 1031542647		Ciudad de expedición: Bogotá.		
Teléfono de contacto: 3107510237				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: Maria Cristina Aguirre Quintero				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 52.875.467		Ciudad de expedición: Bogotá		
Parentesco: Madre		Teléfono de contacto: 3107510237		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Acepto.

Nombre de la persona a ser valorada: Leonardo Cohecha Aguirre

Tipo documento y número: TI: 1031542647

Firma: LCO

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Maria Cristina Aguirre Quintero

C.C: 52.875.467 Bta.

Firma:

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizale

FECHA: DÍA: 7 **MES:** abril **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Yuri Perez				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 10.537	Ciudad de expedición:			
Teléfono de contacto: 321715 21289				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: Gloria Perez				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 30286 294	Ciudad de expedición: Manizales			
Parentesco: Tia.	Teléfono de contacto: 3217409527			

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

Si acepto

Nombre de la persona a ser valorada: Yuri Perez.

Tipo documento y número: CC 1053767337

Firma: Yuyi perez

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Gloria Perez

C.C: 30.286.294

Firma: Gloria Perez

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 7 **MES:** Abril **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Ramiro Ospina Villegas				
Tipo de documento:	RC	TI	CC x	CE
Número de documento: 4487867		Ciudad de expedición: Pereira		
Teléfono de contacto: 3124797072				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: Maria Ines Santa				
Tipo de documento:	RC	TI	CC x	CE
Número de documento: 24318153		Ciudad de expedición:		
Parentesco: Esposa		Teléfono de contacto: 3137120324		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.
(Describir en este espacio si la persona acepta de manera directa o a través de quien y de forma verbal, escrita o no verbal)

Acepta

Nombre de la persona a ser valorada: Ramiro Ospina Villegas

Tipo documento y número: C.C. 4487867

Firma: Ramiro Ospina V.

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Maria Ines Santa de Villada

C.C: 24318153

Firma: María Ines Santa

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: _____ **MES:** _____ **AÑO:** _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Dora Luca Ochoa Ríos				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 30294106		Ciudad de expedición: Huila		
Teléfono de contacto: 3183177517				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos:				
Tipo de documento:	RC	TI	CC	CE
Número de documento:		Ciudad de expedición:		
Parentesco:		Teléfono de contacto:		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.
(Describir en este espacio si la persona acepta de manera directa o a través de quien y de forma verbal, escrita o no verbal)

Acepto

Nombre de la persona a ser valorada: Dora Luca Ochoa

Tipo documento y número: C.C 30294106

Firma: _____

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

_____

C.C: _____

Firma: _____

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 7 **MES:** 4 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Juan Carlos Isaza Marín				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 1192795578	Ciudad de expedición: Manizales			
Teléfono de contacto:				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)			
Nombres y apellidos: María Cilma Arias			
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 30290722	Ciudad de expedición: Manizales		
Parentesco: Tía	Teléfono de contacto: 3105329054		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.
(Describir en este espacio si la persona acepta de manera directa o a través de quien y de forma verbal, escrita o no verbal)

Nombre de la persona a ser valorada: Juan Carlos Isaza

Tipo documento y número: 1192795578

Firma: Juan

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

María Cilma Arias

C.C: 30290722

Firma: María Cilma Arias

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 07 **MES:** 04 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Luisa Fernanda Bernal Acevedo				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 1060652275	Ciudad de expedición: Villamaría			
Teléfono de contacto: 3013939106				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: Blanca Nieve Acevedo Potaco				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 30320396	Ciudad de expedición: Manizales			
Parentesco: Madre	Teléfono de contacto: 3215242			

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.

...e la persona a ser valorada: Luisa Fernanda Bernal A

...ocumento y número: CC. 1060652275

Firma: Luisa Fda B.A

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):
Blanca Nieve Acevedo P.

C.C: 30320396

Firma:

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 7 **MES:** 4 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Carmen Cecilia Reyes				
Tipo de documento:	RC	TI	CC/	CE
Número de documento: 30273412		Ciudad de expedición:		
Teléfono de contacto: 3206442502				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: Gildardo Castrillon				
Tipo de documento:	RC	TI	CC 10216050	CE 3206442502
Número de documento: 216050		Ciudad de expedición: Manizales		
Parentesco: Esposo		Teléfono de contacto:		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.
(Describir en este espacio si la persona acepta de manera directa o a través de quien y de forma verbal, escrita o no verbal)

Si acepto todo muy claro

Nombre de la persona a ser valorada: Carmen Cecilia Reyes

Tipo documento y número: 30273412

Firma: Carmen Cecilia Reyes

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):
Gildardo Castrillón

C.C: 10216050

Firma:

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: manzales

FECHA: DÍA: 07 **MES:** 04 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: claudia Patricia Pinedo Lopez.				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 25 102 257		Ciudad de expedición: Salamina		
Teléfono de contacto: 314 764 3483.				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: luis fernando garcia herrera.				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 10 255 128		Ciudad de expedición: manzales.		
Parentesco: Amigo.		Teléfono de contacto: 3235056313		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.
(Describir en este espacio si la persona acepta de manera directa o a través de quien y de forma verbal, escrita o no verbal)

Si acepto.

Nombre de la persona a ser valorada: claudia Patricia Pinedo.

Tipo documento y número: CC 25 102 257

Firma: claudia patricia

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

luis fernando garcia H.

C.C: 10255128

Firma: Luis Fernando G

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manzales.

FECHA: DÍA: 07 **MES:** 04 **AÑO:** 2016.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: David Alexander chica Agudelo.				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 1053788185		Ciudad de expedición: Manzales.		
Teléfono de contacto: 312 7300805.				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: Ricardo chica Mejia.				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 10247679		Ciudad de expedición: Manzales.		
Parentesco: Papá.		Teléfono de contacto: 312 7300805		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.
(Describir en este espacio si la persona acepta de manera directa o a través de quien y de forma verbal, escrita o no verbal)

Si acepto.

Nombre de la persona a ser valorada: David Alexander chica

Tipo documento y número: 1053788185

Firma: DAVID

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Ricardo chica. CC

C.C: 10247679.

Firma: _____

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Mzles

FECHA: DÍA: 7 **MES:** Abril **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos:	Luz Marina Salinas Sanchez			
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento:	30299202	Ciudad de expedición:	Mzles	
Teléfono de contacto:	3103901777			

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos:	Martha Lucia Salinas Sánchez			
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento:	30272772	Ciudad de expedición:	Mzles	
Parentesco:	Hermana	Teléfono de contacto:	3103901777	

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.
(Describir en este espacio si la persona acepta de manera directa o a través de quien y de forma verbal, escrita o no verbal)

Nombre de la persona a ser valorada: Luz Marina Salinas S.

Tipo documento y número: 30299.202

Firma: _____

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):
Martha Lucia Salinas S.

C.C: 30272772

Firma: Martha Lucia Salinas

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: _____

FECHA: DÍA: 07 **MES:** 04 **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:					
Nombres y apellidos: Nicolas Castro Espinosa					
Tipo de documento:	RC	TI X	CC	CE	
Número de documento: 1054 885 363		Ciudad de expedición: Manizales			
Teléfono de contacto: 3185743687					

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: Erica Marcela Espinosa Timana				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 1094 931 655		Ciudad de expedición: Armenia Q		
Parentesco: mama		Teléfono de contacto: 3185743687		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.
(Describir en este espacio si la persona acepta de manera directa o a través de quien y de forma verbal, escrita o no verbal)

Si Acepto

Nombre de la persona a ser valorada: Nicolas Castro Espinosa

Tipo documento y número: 1054 885 363

Firma: Nicolas

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Erica Marcela Espinosa

C.C: 1 094 931 655

Firma: Erica Marcela ET.

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 7 **MES:** Abril **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Heily Julieth Gomez Salazar				
Tipo de documento:	RC	TI X	CC	CE
Número de documento: 1054879825		Ciudad de expedición: Manizales		
Teléfono de contacto: 3185577303				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: Kevin Mauricio Soler Marquez				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 1053359936		Ciudad de expedición: Manizales		
Parentesco: Hermano/a		Teléfono de contacto: 3185512302		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.
(Describir en este espacio si la persona acepta de manera directa o a través de quien y de forma verbal, escrita o no verbal)

Nombre de la persona a ser valorada: Heily Julieth Gómez S.

Tipo documento y número: 1054879825

Firma: Heily

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Kevin mauricio soler

C.C: 1053359936

Firma: soler

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 07 **MES:** 04 **AÑO:** 2026.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Hector Montes Alvarez				
Tipo de documento:	RC	TI	CC x	CE
Número de documento: 75 071 183		Ciudad de expedición: Manizales.		
Teléfono de contacto: 3113193553.				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: Diana Maria Montes.				
Tipo de documento:	RC	TI	CC x	CE
Número de documento: 30327198		Ciudad de expedición: Manizales.		
Parentesco: Hermana.		Teléfono de contacto: 311 319 3553.		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.
(Describir en este espacio si la persona acepta de manera directa o a través de quien y de forma verbal, escrita o no verbal)

Si acepto.

Nombre de la persona a ser valorada: Hector Montes Alvarez

Tipo documento y número: cc. 75.071.183

Firma: Hector Montes

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Diana Maria Montes.

c.c: 30.327.198.

Firma: Diana Maria Montes

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Montalvo

FECHA: DÍA: 28 **MES:** 04 **AÑO:** 2025

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:					
Nombres y apellidos: Juan José Gutierrez Carvajal					
Tipo de documento:	RC	TI	X	CC	CE
Número de documento: 1150686 13		Ciudad de expedición: Montalvo			
Teléfono de contacto: 31-6675240					

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)					
Nombres y apellidos: Angela Maria Carvajal Osorio					
Tipo de documento:	RC	TI		CC X	CE
Número de documento: 30325738		Ciudad de expedición: Montalvo			
Parentesco: Mamá		Teléfono de contacto: 3206750896			

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.
(Describir en este espacio si la persona acepta de manera directa o a través de quien y de forma verbal, escrita o no verbal)

Acepto

Nombre de la persona a ser valorada: Juan José Gutierrez

Tipo documento y número: T.I 1150686 13

Firma:

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

Angela Maria Carvajal

C.C: 30325738

Firma:

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 7 **MES:** Abril **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: María del Pilar Orueña Lozano				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 30343103		Ciudad de expedición: La Dorada		
Teléfono de contacto: 3116095230				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos:				
Tipo de documento:	RC	TI	CC	CE
Número de documento:		Ciudad de expedición:		
Parentesco:		Teléfono de contacto:		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.
(Describir en este espacio si la persona acepta de manera directa o a través de quien y de forma verbal, escrita o no verbal)

Acepto participar en el proceso.

Nombre de la persona a ser valorada: María del Pilar Orueña

Tipo documento y número: CC- 30343103

Firma:

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):

C.C:

Firma:

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

MUNICIPIO: Manizales

FECHA: DÍA: 7 **MES:** Abril **AÑO:** 2026

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA A SER VALORADA:				
Nombres y apellidos: Edgar Mauricio Nava Giraldo				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 75098522		Ciudad de expedición: Manizales		
Teléfono de contacto: 3006086807				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DE APOYO (CUANDO APLIQUE)				
Nombres y apellidos: Ana Judith Moscoso Parras				
Tipo de documento:	RC	TI	CC X	CE
Número de documento: 1073629023		Ciudad de expedición: Apulo (Cund)		
Parentesco: Esposa		Teléfono de contacto: 3015704827		

Manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El equipo multidisciplinario de certificación me informo que la valoración clínica la realizaran tres (3) profesionales formados para ello, con el fin de determinar la presencia o no de discapacidad, de acuerdo a la solicitud que para este fin presente previamente.
2. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que esta valoración debe darse como resultado de mi libre elección, expresión y autorreconocimiento como persona con discapacidad.
3. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que tengo derecho a tomar decisiones respecto al proceso, a que se respeten mi voluntad y preferencias y, a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
4. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que en desarrollo de la valoración a realizar me serán formuladas preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información con base en la cual pueda determinarse o descartarse la presencia de discapacidad.
5. El equipo multidisciplinario de certificación me informó, respecto a las preguntas a responder, que de requerirlo, puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder; así mismo, que, durante la valoración, puedo descansar cuando lo requiera.
6. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que no hay respuestas buenas ni malas y que se espera que conteste con total honestidad.
7. El equipo multidisciplinario de certificación me informó que la información que yo les suministre y el resultado de la misma, se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y esta información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

NOTA: La información suministrada por la Persona con discapacidad y/o excepcionalmente por su representante legal o persona de apoyo, será tratada de conformidad con la Ley 1581 de 2012, que reglamenta la protección de los datos personales.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración para la certificación de discapacidad.
(Describir en este espacio si la persona acepta de manera directa o a través de quien y de forma verbal, escrita o no verbal)

Acepto.

Nombre de la persona a ser valorada: Mauricio Nava Giraldo

Tipo documento y número: CC 75.098.522

Firma: Mauricio Nava G.

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.

Nombre del representante legal y/o persona de apoyo (cuando aplique):
Ana Moscoso Parras

c.c: 1073629023

Firma: Ana Moscoso.

Huella: aplica en los casos que la persona no firme.