



## FORMATO DE CERTIFICACIÓN DE SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD

### DATOS DEL AFILIADO

NOMBRES Y APELLIDOS <b>Frank Villanueva Mielles</b>	TIPO DOC <b>CC</b>	DOCUMENTO <b>9273862</b>	RÉGIMEN SGSSS SUBSI <input type="checkbox"/> CONTRI <input checked="" type="checkbox"/>
NOMBRE DE LA IPS TRATANTE <b>Camino IPS</b>	NOMBRE DEL APORTANTE O EMPLEADOR		DOCUMENTO APORTANTE

DIAGNÓSTICO FINAL	CÓDIGO CIE 10
1 <b>Ceguera</b>	<b>H540</b>
2 <b>Trastorno de la retina</b>	<b>H359</b>
3 <b>Retinitis pigmentaria</b>	
4	
5	
6	

RELACION DE DIAGNÓSTICO CON DISCAPACIDAD	TIPO DE DISCAPACIDAD					
CIE 10	FÍSICA	MENTAL	COGNITIVA	AUDITIVA	VISUAL	MÚLTIPLE
1 <b>Ceguera</b>					<input checked="" type="checkbox"/>	
2						
3						
4						
5						
6						

### DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD

NOMBRE DE LA IPS <b>Camino IPS</b>	<b>Camino IPS SAS</b>
NIT DE LA IPS	<b>901111348</b>
CÓDIGO DE HABILITACIÓN:	<b>130010309801</b>

### INFORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE REALIZAN LA CERTIFICACIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS DEL MÉDICO TRATANTE <b>Sandra Beatriz Hernández</b>	NOMBRE Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE DE LA EPS <b>Liliana Dela Esmeralda Meléndez</b>
ESPECIALIDAD <b>Med. Gen.</b>	CARGO <b>Coord. Regional Servicios de Salud</b>
No REGISTRO Y/O TARJETA PROFESIONAL <b>19550</b>	Certifico que el médico suscriptor está adscrito a la Red de Servicios de Salud SER EPS y la información que aquí reposa es acorde con su historia clínica
FECHA <b>06 de febrero 2020</b>	FECHA <b>12-02-2020</b>
FIRMA 	FIRMA 

Nota: Estimado Prestador de Servicios de Salud, esta certificación, con recibido del paciente o representante legal, debe reposar en su Historia Clínica. Circular Externa 09 de 2017 SuperSalud.