



## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre              | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido         | 1.4 Segundo apellido |
|--------------------------------|--------------------|-----------------------------|----------------------|
| JORGE                          | ANGEL              | FRANCO                      |                      |
| 1.5 Departamento de Residencia |                    | 1.6 Municipio de Residencia |                      |
| NORTE DE SANTANDER             |                    | VILLA DEL ROSARIO           |                      |

## 1.7 Documento de Identidad

|                                   |                |                      |                      |   |                       |           |                    |                                 |  |
|-----------------------------------|----------------|----------------------|----------------------|---|-----------------------|-----------|--------------------|---------------------------------|--|
| Certificado de Nacido Vivo        | Registro civil | Tarjeta de identidad | Cédula de ciudadanía | X | Cédula de extranjería | Pasaporte | Carnet diplomático | Permiso especial de permanencia |  |
| Número de documento de identidad: |                | 13171957             |                      |   |                       |           |                    |                                 |  |

## b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | Año  | Mes                            | Día       |
|---|------|--------------------------------|-----------|
| IPS PROGRESANDO EN SALUD SAS              | 2024 | 8                              | 24        |
| 2.3 Tipo de Entidad Valoradora            |      | 2.4 Nro. ID Entidad Valoradora |           |
| NI  |      |                                | 900876584 |

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

|                      |    |   |    |   |
|----------------------|----|---|----|---|
| Física               | SI | X | NO |   |
| Visual               | SI | X | NO |   |
| Auditiva             | SI |   | NO | X |
| Intelectual          | SI |   | NO | X |
| Psicosocial (Mental) | SI |   | NO | X |
| Sordoceguera         | SI |   | NO | X |
| Múltiple             | SI | X | NO |   |

## d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

|                               |         |
|-------------------------------|---------|
| Dominio                       | Puntaje |
| Cognición                     | 12.50   |
| Movilidad                     | 75.00   |
| Cuidado Personal              | 25.00   |
| Relaciones                    | 55.00   |
| Actividades de la Vida Diaria | 50.00   |
| Participación                 | 75.00   |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Códigos Funciones Corporales

b210.3 b735.3 b770.3

2. Códigos Estructuras Corporales

s220.411 s750.372

3. Códigos Actividades y Participación

d4154.3 d4602.3 d598.3



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre                                     | Profesión  | Tipo y Número de Identificación |
|--|------------|---------------------------------|
| LEINY JUNEISE RIVAS GUERRERO               | Psicología | CC-1090494375                   |
| DANIEL IVAN ARISTIZABAL OLAYA              | Optometria | CC-13498359                     |
| BELINDA DE LAS MERCEDES<br>BARRIOS BARRIOS | Medicina   | CC-32705759                     |



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