



## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre              | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido         | 1.4 Segundo apellido |
|--------------------------------|--------------------|-----------------------------|----------------------|
| KARINA                         |                    | ASCANIO                     | ASCANIO              |
| 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: |                | 1090431026           |                      |   |                       |           |                    |                                 |  |

## 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 | 9                              | 13        |
| 2.3 Tipo de Entidad Valoradora            |      | 2.4 Nro. ID Entidad Valoradora |           |
| NI  |      |                                | 900876584 |

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

## d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio                       | Puntaje |
|-------------------------------|---------|
| Cognición                     | 100.00  |
| Movilidad                     | 45.00   |
| Cuidado Personal              | 56.25   |
| Relaciones                    | 100.00  |
| Actividades de la Vida Diaria | 100.00  |
| Participación                 | 100.00  |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

|   |
|---|
| 1. Códigos Funciones Corporales<br>b114.4 b117.4 b122.4         |
| 2. Códigos Estructuras Corporales                               |
| 3. Códigos Actividades y Participación<br>d155.4 d175.4 d7500.4 |



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre                           | Profesión      | Tipo y Número de Identificación |
|----------------------------------|----------------|---------------------------------|
| LORENA KARIME SEPULVEDA JAIMES   | Fonoaudiología | CC-1090390688                   |
| MARIA CAMILA RODRIGUEZ ORTIZ     | Psicología     | CC-1090531642                   |
| EDITH YAJAJIRA ANAVITARTE CORREA | Medicina       | CC-37440487                     |



*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.*