



## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre              | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido         | 1.4 Segundo apellido |
|--------------------------------|--------------------|-----------------------------|----------------------|
| SARA                           | ISABELLA           | LOSADA                      | GONZALEZ             |
| 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 | X | Cédula de ciudadanía | Cédula de extranjería | Pasaporte | Carnet diplomático | Permiso especial de permanencia |
| Número de documento de identidad: |                | 1093306225           |   |                      |                       |           |                    |                                 |

## 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                              | 21  |
| 2.3 Tipo de Entidad Valoradora            |      | 2.4 Nro. ID Entidad Valoradora |     |
| NI  |      | 900876584                      |     |

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

## d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

|                               |         |
|-------------------------------|---------|
| Dominio                       | Puntaje |
| Cognición                     | 0.00    |
| Movilidad                     | 75.00   |
| Cuidado Personal              | 56.25   |
| Relaciones                    | 25.00   |
| Actividades de la Vida Diaria | 22.22   |
| Participación                 | 32.14   |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

## 1. Códigos Funciones Corporales

b770.3 b780.3 b789.3

## 2. Códigos Estructuras Corporales

s740.383 s750.383 s7502.383

## 3. Códigos Actividades y Participación

d4501.3 d4600.3 d4602.3



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre                        | Profesión  | Tipo y Número de Identificación |
|-------------------------------|------------|---------------------------------|
| LEINY JUNEISE RIVAS GUERRERO  | Psicología | CC-1090494375                   |
| JUAN VIANNEY ARIAS SANCHEZ    | Medicina   | CC-13480320                     |
| DANIEL IVAN ARISTIZABAL OLAYA | Optometria | CC-13498359                     |



*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.*