



## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre              | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido         | 1.4 Segundo apellido |
|--------------------------------|--------------------|-----------------------------|----------------------|
| JHONNIER                       | ALEXANDER          | CARDONA                     | CARVAJAL             |
| 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: |                | 1127052070           |                      |   |                       |           |                    |                                 |

## 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                              | 16        |
| 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 | X | NO |   |
| 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                     | 25.00   |
| Movilidad                     | 0.00    |
| Cuidado Personal              | 12.50   |
| Relaciones                    | 50.00   |
| Actividades de la Vida Diaria | 0.00    |
| Participación                 | 37.50   |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| 1. Códigos Funciones Corporales<br>b230.3 b235.3 b249.3        |
| 2. Códigos Estructuras Corporales                              |
| 3. Códigos Actividades y Participación<br>d310.3 d350.3 d730.2 |



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

| Nombre                                     | Profesión    | Tipo y Número de Identificación |
|--------------------------------------------|--------------|---------------------------------|
| EILYN JOHANNA PRIETO GARCIA                | Psicología   | CC-30050994                     |
| BELINDA DE LAS MERCEDES<br>BARRIOS BARRIOS | Medicina     | CC-32705759                     |
| ADRIANA PAOLA GRANADOS FLOREZ              | Fisioterapia | CC-37442390                     |



*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.*