



La salud  
es de todos

Minsalud

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
CRISTIAN	ANDRES	VASQUEZ	RUIZ

### 1.5 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: 1047422197

### b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha		
	Año	Mes	Día
PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA SA	2020	12	9
2.3 Departamento	2.4 Municipio		
ANTIOQUIA	APARTADÓ		

### c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

### d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

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

Dominio	Porcentaje
Cognición	4.17
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	25.00
Actividades de la Vida Diaria	27.78
Participación	21.88
GLOBAL	13.14

### e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

#### 1. Codigos Funciones Corporales

b310.4 b320.4 b340.4

#### 2. Codigos Estructuras Corporales

s250.471 s260.473

#### 3. Codigos Actividades y Participación

d175.1 d730.2 d910.2



# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
FELIPE LEON RESTREPO LOPEZ	Medicina	CC-1032485211 <i>Felipe Leon Restrepo Lopez</i>
MARY ISABEL PARADA FLECHAS	Terapia ocupacional	CC-1090362429 <i>Mary Isabel Parada Flechas</i>
CELIA ROSA RICARD BATISTA	Trabajador Social	CC-39305318 <i>Celia Rosa Ricard Batista</i>

## g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, CRISTIAN ANDRES VASQUEZ RUIZ manifiesto que: SI  
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

*Cristian Vasquez Ruiz*  
Nombre y Firma

1047422197  
Documento: CC-1047422197

Autorizó el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la normatividad que lo regula. SI



*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 pérdida de capacidad laboral y ocupacional.  
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez*