

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 52.149.741

GOMEZ FLOREZ

APELLIDOS

SANDRA FABIOLA

NOMBRES

Sandra Gómez

FIRMA





INDICE IZQUIERDO

FECHA DE NACIMIENTO

15-NOV-1973

ANOLAIMA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

ESTATURA

O+

G.S. RH

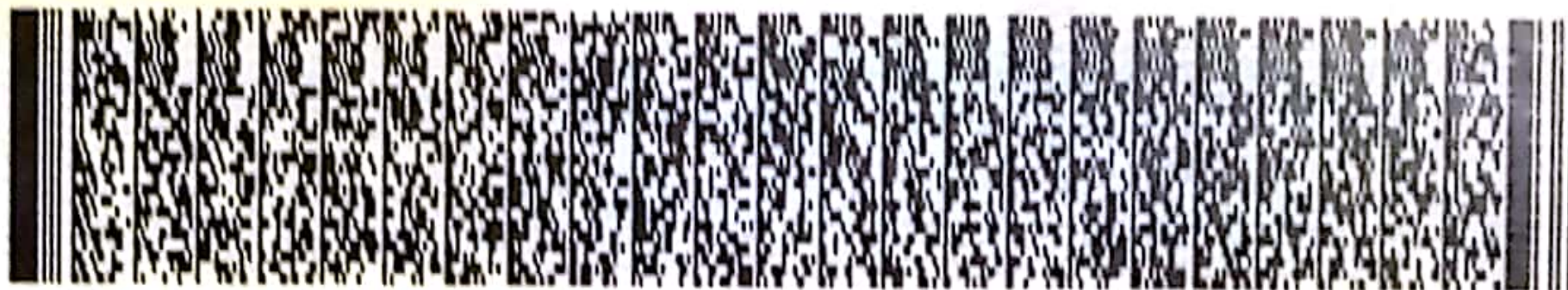
F

SEXO

09-MAR-1992 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1500150-01019135-F-0052149741-20180704

0061782460A 1

50428723

ESTADO CIVIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



E.P.S. SANITAS
ORGANIZACIÓN SANITAS INTERNACIONAL

GOMEZ FLOREZ, SANDRA FABIOLA

1
OFICINA

30-10-
Nº DE AFILIACIÓN

1
AFILIADO

CC 52149741
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

N
TIPO DE DISCAPACIDAD


01/07/2021
AFILIADO DESDE

Con este carné, el afiliado tiene derecho a recibir los servicios del Plan Obligatorio de Salud, contemplado en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias. Sólo puede ser utilizado por quien figure en este, presentándolo en todos los casos que demanda cualquier servicio.

Por urgencias, comuníquese con nuestra Línea de Atención Integral FONOSANITAS: 375 9000 en Bogotá o 01 8000 819100 desde otras ciudades.

Superintendencia Nacional de Salud
Línea de atención al usuario 483 7000 - Bogotá, D. C.
Línea gratuita nacional 01 8000 513700

HEBEADO SUPERINTENDENCIA

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PÉRDIDA DE CAPACIDAD FUNCIONAL	CÓDIGO:
		VERSIÓN : Prueba
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	PÁGINA: 1 DE 2
		FECHA:

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL DICTAMEN:

Ciudad de Expedición	BOGOTÁ	Fecha	10 ABRIL 2019
----------------------	--------	-------	---------------

2. DATOS PERSONALES:

Apellidos	GÓMEZ FLÓREZ		
Nombres	SANDRA FABIOLA		
Documento de identidad	Tipo	CÉDULA	N° 52149741
Fecha de nacimiento	15/NOVIEMBRE/1973		Edad 45 AÑOS
Género	FEMENINA		
Escolaridad	Primaria	Secundaria	X Analfabeta
			COMPLETA
Dirección	Carrera 12C # 54-54 Sur		Teléfono 3212122523

3. RESUMEN DEL CASO:

Paciente femenina de 45 años de edad, con antecedente de lesión de plejo braquial derecho desde la niñez, severa, múltiples ramas.

Aporta valoración por Fisiatría 31 de enero de 2019: Paciente con lesión del plejo braquia derecho en la niñez, severa múltiples ramas con flexión del codo 30 grados a 110 grados de flexión, no empuña ni mueve la mano, no ABD de hombro sin movimiento escapular, además hipoestesia distal, secuelas permanentes que no mejorarán con el tiempo.

4. RELACIÓN DE DOCUMENTOS:

DOCUMENTO	SI	NO
Historia Clínica completa	X	
Epicrisis o resumen de historia clínica	X	
Exámenes paraclínicos	X	
Paraclínicos	X	
Últimas Valoraciones por especialistas	X	


5. DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO CIE 10 G549 TRASTORNO DE LA RAÍZ Y PLEXOS NERVIOSOS NO ESPECIFICADO
--

6. EXÁMEN FÍSICO:

TA (mmHg)	110/70	FC (*Min)	78	FR (* Min)	16	T °C	37
PESO(Kg.)	50	TALLA (Mts)	159	DOMINANCIA	Diestro	Zurdo	X

Asiste sola, ubicada en persona, tiempo y espacio. Con lesión severa de plejo braquial derecho. Plejía distal de miembro superior derecho

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PÉRDIDA DE CAPACIDAD FUNCIONAL	CÓDIGO
		VERSIÓN: Prueba
		PÁGINA: 2 DE 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	FECHA:

7. CONCEPTO DE VALORACIÓN:

El caso se trata de paciente femenina de 45 años de edad, con diagnóstico de TRASTORNO DE LA RAÍZ Y PLEXOS NERVIOSOS NO ESPECIFICADO

Aporta valoración por Fisiatría 31 de enero de 2019: Paciente con lesión del plejo braquía derecho en la niñez, severa múltiples ramas con flexión del codo 30 grados a 110 grados de flexión, no empuña ni mueve la mano, no ABD de hombro sin movimiento escapular, además hipoestesia distal, secuelas permanentes que no mejorarán con el tiempo.

En el rol ocupacional y laboral con limitación moderada, para iniciar y ejecutar algunas de las actividades de la vida diaria.

Presenta Discapacidad **FÍSICA**

Con base en lo anteriormente descrito presenta una deficiencia otorgada por la patología del Sistema Osteomuscular y neurológico, que le genera una Pérdida de Capacidad Funcional del 52.38% de PCL.

8. PROFESIONAL:

HÉCTOR HERNÁN GUTIÉRREZ GÜETE

NOMBRES Y APELLIDOS
PROFESIONAL

Héctor H. Gutiérrez G.
MÉDICO ESPECIALISTA
MEDICINA DEL TRABAJO
U. Rosario Lic. 5171/2938 11/2018


FIRMA Y SELLO

9. PACIENTE:

SANDRA FABIOLA GÓMEZ FLÓREZ

NOMBRES Y APELLIDOS

Sandra Gómez
FIRMA

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD CIRCULAR EXTERNA 009/2017 Superintendencia Nacional de Salud	CÓDIGO
		VERSIÓN: Prueba
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	PÁGINA: 1 DE 2
		FECHA:

LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN :

Ciudad de Expedición	BOGOTÁ	Fecha	26 AGOSTO 2019
----------------------	--------	-------	----------------

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Apellidos	GÓMEZ FLÓREZ				
Nombres	SANDRA FABIOLA				
Documento de identidad	Tipo	CÉDULA	N°	52149741	
Fecha de nacimiento	15/NOVIEMBRE/1973			Edad	45 AÑOS
Género	FEMENINA				
Escolaridad	Primaria	Secundaria	<input checked="" type="checkbox"/> Analfabeta	COMPLETA	
Dirección	Carrera 119 # 17-30 Fontibón			Teléfono	3214119219

RELACIÓN DE DOCUMENTOS:


DOCUMENTO	SI	NO
Historia Clínica completa	<input checked="" type="checkbox"/>	
Epicrisis o resumen de historia clínica	<input checked="" type="checkbox"/>	
Exámenes paraclínicos	<input checked="" type="checkbox"/>	
Paraclínicos	<input checked="" type="checkbox"/>	
Últimas Valoraciones por especialistas	<input checked="" type="checkbox"/>	

DIAGNÓSTICOS:

CÓDIGO CIE 10 G549 TRASTORNO DE LA RAÍZ Y PLEXOS NERVIOSOS NO ESPECIFICADO
--

TIPO DE DISCAPACIDAD

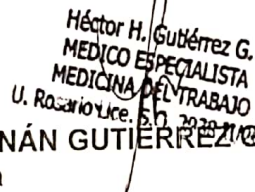


FÍSICA	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	
MENTAL	SI		NO	
COGNITIVA	SI		NO	
VISUAL	SI		NO	
AUDITIVA	SI		NO	
MÚLTIPLE	SI		NO	

 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD CIRCULAR EXTERNA 009/2017 Superintendencia Nacional de Salud	CÓDIGO
		VERSIÓN: Prueba
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	PÁGINA 2 DE 2
		FECHA:

ANÁLISIS DEL CASO:

Asiste sola, ubicada en persona, tiempo y espacio. Con lesión severa de plejo braquial derecho. Plejía distal de miembro superior derecho

FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

 HÉCTOR HERNÁN GUTIÉRREZ GUTIÉRREZ Nombre y firma	MEDICINA LABORAL profesión	LSO 2938 II/2018 Tipo y número de documento
 MARGARET CORONADO RIVEROS Nombre y firma	FISIOTERAPEUTA profesión	1.016.026.414 Bogotá Tipo y número de documento
 HELEN JOHANNA PARRA SALGADO Nombre y firma	PSICÓLOGA profesión	C.C. 52960788 Bogotá Tipo y número de documento

RECIBIDO POR

Sandra Gómez

FECHA

20-08-2019 H: 12:30pm.



La salud
es de todos

Minisalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre SANDRA	1.2 Segundo nombre FABIOLA	1.3 Primer apellido GOMEZ	1.4 Segundo apellido FLOREZ
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:		52149741	

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación Proyectar salud SAS	2.2 Fecha		
	Año	Mes	Día
	2022	2	11
2.3 Departamento BOGOTÁ, D.C.	2.4 Municipio BOGOTÁ, D.C.		

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

	Porcentaje
Dominio	0.00
Cognición	30.00
Movilidad	56.25
Cuidado Personal	75.00
Relaciones	63.89
Actividades de la Vida Diaria	81.25
Participación	51.06
GLOBAL	

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b749.3 b789.3 b798.3
2. Codigos Estructuras Corporales
s198.371 s730.361 s798.361
3. Codigos Actividades y Participación
d640.3 d879.3 d910.3



La salud
es de todos

Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre

Profesión

Firma

NICOL SAMANTA CARDENAS RICO

Trabajador Social

CC-1026299729 *Nicol Cardenas R*

JOVANNA CERPA BERNAL

Fisioterapia

CC-52316429 *Jovanna Cerpa B.*

HECTOR HERNAN GUTIERREZ
GUETE

Medicina

CC-85470206 *Hector Gutierrez*

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, SANDRA FABIOLA GOMEZ FLOREZ

manifiesto que: SI

estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Nombre y Firma

Documento: CC-52149741

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*