287

No. Solicitud: 52755764	
DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITE LA ORDEN	
Municipio / Distrito / donde es emitida la orden: **Bogotá, D.C**	Nombre de la entidad: **Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.**
Fecha de solicitud de la orden: 11-ene-2023	Fecha de expedición de la orden: 13-ene-2023
DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y DE CONTACTO DE LA PERSONA QUE REQUIERE LA VALORACIÓN	
Nombres completos: MARIA DEL SOCORRO	Apellidos completos: JURADO ARCOS
Tipo de documento de identificación y número	
Tipo de identificación:CC	No. de identificación: 52755764
Ubicación de residencia y número de contacto	
Dirección: KR 81 B 17 90	Teléfono fijo: (601) 7290572
Complemento de la Dirección: TO E AP 503	Teléfono celular 1 y 2: 3224038370 - 3102958830
Municipio de residencia: BOGOTÁ D.C	Correo electrónico: TRANSITOJURADO@HOTMAIL.COM
Localidad: FONTIBÓN	
DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y DE CONTACTO DEL REPRESENTANTE DE LA PERSONA A SER VALORADA (DILIGENCIAR EN CASO DE QUE APLICA)	
Nombres completos: TRANSITO	Apellidos completos: JURADO DE CONTRERAS
Tipo de documento de identificación y número	
Tipo de identificación: CC	No. de identificación: 41664487
Ubicación de residencia y número de contacto	
Dirección: KR 81 B 17 90	Teléfono fijo: (601) 7290572
Complemento de la Dirección: TO E AP 503	Teléfono celular 1 y 2: 3224038370 - 3102958830
Municipio de residencia: BOGOTÁ D.C	Correo electrónico: TRANSITOJURADO@HOTMAIL.COM
Localidad: FONTIBÓN	
INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN	
Código de autorización RLCPD: **946094**	Nombre de la institución en la cual se autoriza solicitar la valoración por el equipo multidisciplinario: **ZONAMEDICA localidad TEUSAQUILLO dirección AK 28 41 36 Correo: certificacionesdiscapacidad@zonamedicaips.com Teléfono: 3177632101**
INFORMACIÓN SOBRE AJUSTES Y APOYOS RAZONABLES	
CONSULTA POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO	**NECESIDADES DE APOYOS Y AJUSTES RAZONABLES**
Modalidad de consulta por equipo multidisciplinario de salud, de acuerdo con lo establecido por el médico tratante:	
INTRAMURAL	
a) Movilidad	b) Comunicación y acceso a la comunicación
Cuál dispositivo utiliza para movilizarse: NINGUNO	Cuál dispositivo utiliza para comunicarse: NINGUNO
¿Requiere acompañante?: SI	
DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN	
Nombre y Apellidos Completos:	Cargo:
FERNANDO PEÑA DIAZ	**Director de Provisión de Servicios de Salud**
Firma	
	Dependencia: **Dirección de Provisión de Servicios de Salud**
	Correo Electrónico: CONTACTENOS@SALUDCAPITAL.GOV.CO
Observaciones: Señor Usuario recuerde que; ES OBLIGATORIO QUE EL DIA DE SU CITA CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO LLEVE LA HISTORIA CLINICA CON TODOS LOS EXÁMENES QUE COMPLEMENTEN SU DIAGNÓSTICO DE DISCAPACIDAD, RECUERDE QUE DE NO LLEVAR ESTOS DOCUMENTOS NO SERÁ ATENDIDO Y TENDRÁ QUE REPROGRAMAR SU CITA. **TENIENDO EN CUENTA LA DISPONIBILIDAD DE AGENDA Y DOCUMENTOS APORTADOS POR EL SOLICITANTE, LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO ES LA ENTIDAD ENCARGADA DE ELEGIR LA IPS DE ATENCION** **IMPORTANTE: LA IPS ASIGNADA DEBE COMUNICARSE CON EL SOLICITANTE, AGENDAR LA CITA Y REALIZAR LA VALORACIÓN CLINICA EN UN TÉRMINO NO SUPERIOR A 10 DÍAS HÁBILES.** **SI SE REQUIERE REPROGRAMAR LA VALORACIÓN MÉDICA PARA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD, EL CIUDADANO ES QUIEN DEBE GENERAR LA SOLICITUD CON LA IPS DE ATENCIÓN.**	