280

| No. Solicitud: 53002059 | |
|---|---|
| **DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITE LA ORDEN** | |
| Municipio / Distrito / donde es emitida la orden:<br>**Bogotá, D.C** | Nombre de la entidad:<br>**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: MARLEN JOHANA | Apellidos completos: CARDENAS YAÑEZ |
| **Tipo de documento de identificación y número** | |
| Tipo de identificación:CC | No. de identificación: 53002059 |
| **Ubicación de residencia y número de contacto** | |
| Dirección: KR 53 136 18 | Teléfono fijo: NA |
| Complemento de la Dirección: NA | Teléfono celular 1 y 2: 3043548526 - 3102883942 |
| Municipio de residencia: BOGOTÁ D.C | Correo electrónico: JOHANA_CY@HOTMAIL.COM |
| Localidad: SUBA | |
| **DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y DE CONTACTO DEL REPRESENTANTE DE LA PERSONA A SER VALORADA (DILIGENCIAR EN CASO DE QUE APLICA)** | |
| Nombres completos: MARIBEL | Apellidos completos: CARDENAS |
| **Tipo de documento de identificación y número** | |
| Tipo de identificación: NO APORTA DOCUMENTO IDENTIDAD | No. de identificación: NA |
| **Ubicación de residencia y número de contacto** | |
| Dirección: KR 53 136 18 | Teléfono fijo: NA |
| Complemento de la Dirección: NA | Teléfono celular 1 y 2: 3043548526 - 3102883942 |
| Municipio de residencia: BOGOTÁ D.C | Correo electrónico: JOHANA_CY@HOTMAIL.COM |
| Localidad: SUBA | |
| **INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN** | |
| Código de autorización RLCPD:<br>**530897** | Nombre de la institución en la cual se autoriza solicitar la valoración por el equipo multidisciplinario:<br>**ZONAMEDICA localidad SUBA Dirección KR 45 105 21 Correo: certificaciondiscapacidad@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:<br>SIN INFORMACIÓN | Cuál dispositivo utiliza para comunicarse:<br>SIN INFORMACIÓN |
| ¿Requiere acompañante?: SIN INFORMACIÓN | |
| DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN | |
| Nombre y Apellidos Completos:<br>FERNANDO PEÑA DIAZ | Cargo:<br>**Director de Provisión de Servicios de Salud** |
| Firma | Dependencia:<br>**Dirección de Provisión de Servicios de Salud** |
| | Correo Electrónico:<br>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.**<br>**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**<br>**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.**<br>**SI SE REQUIERE REPROGRAMAR LA VALORACIÓN MÉDICA PARA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD, EL CIUDADANO ES QUIEN DEBE GENERAR LA SOLICITUD CON LA IPS DE ATENCIÓN.** | |