La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión		Firma
JHON NICOLAS VANEGAS RAMIREZ	Medicina	CC-1020805850	
MARTHA CECILIA RIVEROS SABOGAL	Trabajador Social	CC-51743432	
LUZ ADRIANA QUIJANO RODRIGUEZ	Terapia ocupacional	CC-51820628	

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *RAFAEL MENDIVELSO NUÑEZ* manifiesto que: *SI*

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

Nombre y Firma

Documento: CC-80740494

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 perdida de capacidad laboral y ocupacional.
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez