N° DE ACTA:	**FECHA: 09/01/2026**
REUNIÓN: Socialización Proceso de Certificación de discapacidad a usuarios de la Subred Integrada de Servicios de salud Norte E.S.E	

ASISTENTES		
NOMBRE	**CARGO**	**ÁREA/ENTIDAD**
Jacquelin Moncada Rodriguez	Fisioterapeuta	Subred Norte / Ambulatorio
Valentina Trejos Murcia	Trabajadora Social	Subred Norte / Ambulatorio
Helen Johanna Parra Salgado	Psicóloga	Subred Norte / Ambulatorio
Danna Sophia Moreno Reyes	Fisioterapeuta	Subred Norte / Ambulatorio

ORDEN DEL DÍA / AGENDA

1. Socialización de tramite, ruta y canalización de Registro, localización y caracterización de personas con discapacidad con usuarios de la Subred Norte, sede Fray Bartolome de las casas.
2. Se realiza entrega de pieza comunicativa con información dada a usuarios de la Subred Norte, sede Fray Bartolome de las casas.
3. Se realiza entrega de pieza comunicativa de la ruta para el registro de cuidadores de personas con discapacidad a usuarios de la Subred Norte, sede Fray Bartolome de las casas.

REVISIÓN COMPROMISOS ANTERIORES				
Responsable	Fecha	Cumplimiento		Causa
		SI _____	NO _____	
		SI _____	NO _____	
		SI _____	NO _____	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Se da inicio a la reunión con el referente del área de Atención al Usuario, con el objetivo de hacer seguimiento a las acciones desarrolladas por el equipo, orientadas a la sensibilización y entrega de información relacionada con el proceso de valoraciones para la obtención del Certificado de Discapacidad.

Se enfatizó en la importancia de brindar una información clara y adecuada a los usuarios. Se recordó que la discapacidad es entendida como la limitación o restricción en la capacidad de una persona para realizar actividades o participar plenamente en la sociedad, debido a una condición física, mental, cognitiva o sensorial.

Se ratificó que la información que se está entregando a los usuarios sobre el proceso de certificación de discapacidad es la adecuada y corresponde a lo establecido por la normativa vigente.

Se explicó que el Certificado de Discapacidad es un documento personal, oficial e intransferible, que

se expide como resultado de una valoración clínica realizada por un equipo multidisciplinario, y que avala la existencia de algún tipo de discapacidad en la persona evaluada.

Este certificado es emitido exclusivamente por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que se encuentran debidamente autorizadas por la Secretaría Distrital de Salud.

Composición del Equipo Multidisciplinario Certificador de Discapacidad:
El equipo está conformado por tres (3) profesionales formados y registrados en el Directorio Nacional de Certificadores de Discapacidad del Ministerio de Salud, cada uno perteneciente a disciplinas diferentes. Este equipo incluye obligatoriamente un médico general o especialista y dos (2) profesionales de áreas como:

- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Fonoaudiología
- Psicología
- Trabajo social
- Oftalmología
- Enfermería

Procedimiento para la Solicitud del Certificado de Discapacidad:
La certificación de discapacidad y la posterior inclusión de la persona en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad deben ser resultado de una decisión libre y voluntaria, fundamentada en el autorreconocimiento como persona con discapacidad.

Excepcionalmente, esta voluntad podrá ser expresada a través de una persona de apoyo, en los siguientes casos:

- Para niños, niñas y adolescentes.
- Para personas adultas mayores, conforme a lo dispuesto en el Artículo 48 de la Ley 1996 de 2019.



Requisitos para la Solicitud del Certificado de Discapacidad

Para dar inicio al proceso de certificación de discapacidad, el solicitante deberá aportar la siguiente documentación, escaneada en formato PDF y completamente legible:

1. Documento de Identidad:
   - Copia escaneada del documento de identificación de la persona a ser certificada.
   - No se aceptan contraseñas ni salvoconductos, ya que no son documentos válidos para este trámite.
2. Historia Clínica Reciente:
   - Debe contener el diagnóstico CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) relacionado con la discapacidad.
   - La historia debe ser emitida por el médico tratante perteneciente a la Institución de Salud de la red de la EPS a la que está afiliado el solicitante.
3. Exámenes de Soporte:
   - Copia de los exámenes complementarios que respalden el diagnóstico de discapacidad, tales como exámenes de laboratorio, radiografías u otros estudios pertinentes, si aplica.
4. Orden Médica para Valoración:
   - Copia de la orden médica escaneada, emitida por el médico tratante, donde se indique claramente la modalidad de valoración requerida para el proceso de certificación.
5. Comprobante de Residencia:
   - Copia del recibo de servicios públicos del lugar de residencia actual del solicitante, o
   - Certificado de Residencia expedido por la Secretaría de Gobierno correspondiente.
6. Portabilidad EPS (si aplica):
   - En caso de que el solicitante esté afiliado a una EPS en un municipio, departamento o distrito diferente a Bogotá, deberá adjuntar el documento de portabilidad emitido por su EPS.
   - Si no desea realizar el trámite de portabilidad, deberá gestionar la certificación en el lugar donde se encuentra afiliado.
7. Condición de Víctima del Conflicto Armado (si aplica):
   - Si la persona se encuentra registrada en el Registro Único de Víctimas (RUV) o posee una resolución de reconocimiento como víctima del conflicto armado emitida por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, podrá solicitar el procedimiento en cualquier municipio del país, presentando el documento que lo acredite.

Se da conocer las sedes donde se realizan las valoraciones para el certificado de Discapacidad en las siguientes sedes, Usaquén, Suba, Boyacá Real, Verbenal y chapinero.

Se dan los datos donde se pueden comunicarte discapacidad@subrednorte.gov.co y al número de celular 3138881325.

COMPROMISOS DE ESTA REUNIÓN	RESPONSABLE	FECHA

DECISIONES / CONCLUSIONES:
Se realiza socialización aclarando dudas y despejando inquietudes de los usuarios.

FIRMAS DE LOS ASISTENTES -		
NOMBRE	**FIRMA**	**CORREO ELECTRÓNICO**
Jacquelin [redacted]		[redacted]
Valentina [redacted]		
Helen [redacted]		
Danna [redacted]		

SE ANEXAN LISTADOS DE ASISTENCIA:

	PLANILLA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-105
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 31/10/2024

REUNIÓN (tema): RICPD socialización - Fray Bartolome usuarios

FECHA: dd/mm/2026

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE VINCULACIÓN			FIRMA
				PLANT A	CONTRAT O	OTR O	
[redacted]	Cuidador.	Fray Bartolom de las casas.	[redacted]				
	Cuidador	Fray Bartolome					
	mama	Fray Bartolom					
	paciente.	Fray Bartolom					
	cuidadora	Fray Bartolome					
	Cuidador	Fray Bartolom					
	Cuidador	Fray Bartolom					
	Paciente	Fray Bartolom					
	Paciente	Fray Bartolom					
	Paciente	Fray Bartolom					
	Paciente	Fray Bartolomé					
	Maria Carlos	Fray Bartolo					

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PLANILLA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-105
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 31/10/2024

REUNIÓN (tema): RICPD socialización - Fray Bartolome usuarios

FECHA: DD/MM/2026

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE VINCULACIÓN			FIRMA
				PLANTA	CONTRATO	OTRO	
[redacted]	cuidador.	Fray Bartolom de las casas.	[redacted]				
	cuidador	fray Bartolome					
	mama	Fray Bartolome					
	paciente.	Fray Bartolome					
	cuidadora	Fray Bartolome					
	cuidador	Fray Bartolome					
	cuidador	Fray Bartolome					
	Paciente	Fray Bartolome					
	Paciente	Fray Bartolome					
	Paciente	Fray Bartolome					
	Paciente	Fray Bartolomé					
	MariaCortes	Fray Bartolom					

Scanned with CamScanner

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PLANILLA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-105
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 31/10/2024

REUNIÓN (tema): RLCPD socialización RLCPD Fray Bartolome usuarios — **FECHA:** DD/MM/AÑO

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE VINCULACIÓN			FIRMA
				PLANTA	CONTRATO	OTRO	
[redacted]	Paciente	Fray Bartolome	[redacted]				
	Paciente	Fray Bartolome					
	Paciente	Fray Bartolome					
	Paciente	Fray Bartolome					
	Paciente	Fray Bartolome					
	Paciente	Fray Bartolome					
	Paciente	Fray Bartolome					

Scanned with CamScanner

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PLANILLA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-105
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 31/10/2024

REUNIÓN (tema): Socialización RCPD Frav Bartolome Usuarios

FECHA: DD/MM/AAAA 9 ENERO 2026

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE VINCULACIÓN			FIRMA
				PLANTA	CONTRATO	OTRO	
	Paciente	Frav Bartolome				X	
	Paciente	Frav Bartolome				X	
	Paciente	Frav Bartolome				X	
	Paciente	Frav Bartolome				X	
	Paciente	Frav Bartolome				X	
	Paciente	Frav Bartolome				X	
	Paciente	Frav Bartolome				X	
	Paciente	Frav Bartolome				X	
	Paciente	Frav Bartolome				X	
	Paciente	Frav Bartolome				X	
	Paciente	Frav Bartolome				X	
	Paciente	Frav Bartolome				X	
	Paciente	Frav Bartolome				X	

Scanned with CamScanner

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PLANILLA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-105
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 31/10/2024

REUNIÓN (tema): RLCPD socialización - Fiscal Barbosa usuarios

FECHA: 09/10/2024

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE VINCULACIÓN			FIRMA
				PLANTA	CONTRATO	OTRO	
[redacted]	Paciente	Fiscal Barbosa					[redacted]
	Paciente	Fiscal Barbosa					
	Paciente	Fiscal Barbosa					
	Paciente	Fiscal Barbosa					
	Paciente	Fiscal Barbosa					
	Paciente	Fiscal Barbosa					
	Paciente	Fiscal Barbosa					
	Paciente	Fiscal Barbosa					
	Paciente	Fiscal Barbosa					

Scanned with CamScanner

N° DE ACTA:	**FECHA: 13/01/2026**
REUNIÓN: Socialización Proceso de Certificación de discapacidad a usuarios de la Subred Integrada de Servicios de salud Norte E.S.E	

ASISTENTES		
NOMBRE	**CARGO**	**ÁREA/ENTIDAD**
Damaris Gutemberg Cortes	Medico General	Subred Norte / Ambulatorio
Bleidy Valentina Trejos Murcia	Trabajadora Social	Subred Norte / Ambulatorio
Helen Johanna Parra Salgado	Psicóloga	Subred Norte / Ambulatorio

ORDEN DEL DÍA / AGENDA

1. Socialización de tramite, ruta y canalización de Registro, localización y caracterización de personas con discapacidad con usuarios de la Subred Norte, en la USS de Boyaca Real.
2. Se realiza entrega de pieza comunicativa con información dada a usuarios de la Subred Norte, USS de Boyaca Real.
3. Se realiza entrega de pieza comunicativa de la ruta para el registro de cuidadores de personas con discapacidad a usuarios de la Subred Norte, USS de Boyaca Real.

REVISIÓN COMPROMISOS ANTERIORES				
Responsable	Fecha	Cumplimiento		Causa
		SI	NO	
		SI	NO	
		SI	NO	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Se da inicio a la reunión con el referente del área de Atención al Usuario, con el objetivo de hacer seguimiento a las acciones desarrolladas por el equipo, orientadas a la sensibilización y entrega de información relacionada con el proceso de valoraciones para la obtención del Certificado de Discapacidad.

Se enfatizó en la importancia de brindar una información clara y adecuada a los usuarios. Se recordó que la discapacidad es entendida como la limitación o restricción en la capacidad de una persona para realizar actividades o participar plenamente en la sociedad, debido a una condición física, mental, cognitiva o sensorial.

Se ratificó que la información que se está entregando a los usuarios sobre el proceso de certificación de discapacidad es la adecuada y corresponde a lo establecido por la normativa vigente.

Se explicó que el Certificado de Discapacidad es un documento personal, oficial e intransferible, que

se expide como resultado de una valoración clínica realizada por un equipo multidisciplinario, y que avala la existencia de algún tipo de discapacidad en la persona evaluada.

Este certificado es emitido exclusivamente por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que se encuentran debidamente autorizadas por la Secretaría Distrital de Salud.

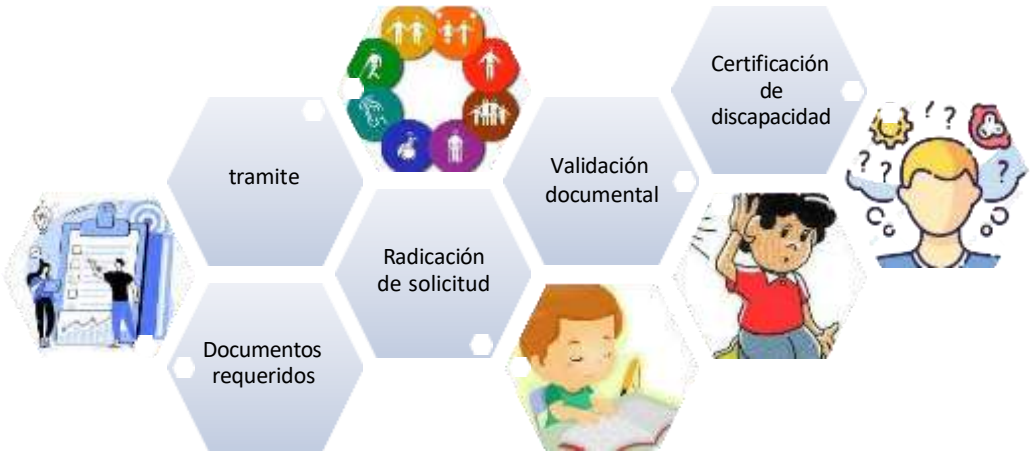
Composición del Equipo Multidisciplinario Certificador de Discapacidad:
El equipo está conformado por tres (3) profesionales formados y registrados en el Directorio Nacional de Certificadores de Discapacidad del Ministerio de Salud, cada uno perteneciente a disciplinas diferentes. Este equipo incluye obligatoriamente un médico general o especialista y dos (2) profesionales de áreas como:

- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Fonoaudiología
- Psicología
- Trabajo social
- Oftalmología
- Enfermería

Procedimiento para la Solicitud del Certificado de Discapacidad:
La certificación de discapacidad y la posterior inclusión de la persona en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad deben ser resultado de una decisión libre y voluntaria, fundamentada en el autor reconocimiento como persona con discapacidad.

Excepcionalmente, esta voluntad podrá ser expresada a través de una persona de apoyo, en los siguientes casos:

- Para niños, niñas y adolescentes.
- Para personas adultas mayores, conforme a lo dispuesto en el Artículo 48 de la Ley 1996 de 2019.



Requisitos para la Solicitud del Certificado de Discapacidad

Para dar inicio al proceso de certificación de discapacidad, el solicitante deberá aportar la siguiente documentación, escaneada en formato PDF y completamente legible:

1. Documento de Identidad:
   - Copia escaneada del documento de identificación de la persona a ser certificada.
   - No se aceptan contraseñas ni salvoconductos, ya que no son documentos válidos para este trámite.
2. Historia Clínica Reciente:
   - Debe contener el diagnóstico CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) relacionado con la discapacidad.
   - La historia debe ser emitida por el médico tratante perteneciente a la Institución de Salud de la red de la EPS a la que está afiliado el solicitante.
3. Exámenes de Soporte:
   - Copia de los exámenes complementarios que respalden el diagnóstico de discapacidad, tales como exámenes de laboratorio, radiografías u otros estudios pertinentes, si aplica.
4. Orden Médica para Valoración:
   - Copia de la orden médica escaneada, emitida por el médico tratante, donde se indique claramente la modalidad de valoración requerida para el proceso de certificación.
5. Comprobante de Residencia:
   - Copia del recibo de servicios públicos del lugar de residencia actual del solicitante, o
   - Certificado de Residencia expedido por la Secretaría de Gobierno correspondiente.
6. Portabilidad EPS (si aplica):
   - En caso de que el solicitante esté afiliado a una EPS en un municipio, departamento o distrito diferente a Bogotá, deberá adjuntar el documento de portabilidad emitido por su EPS.
   - Si no desea realizar el trámite de portabilidad, deberá gestionar la certificación en el lugar donde se encuentra afiliado.
7. Condición de Víctima del Conflicto Armado (si aplica):
   - Si la persona se encuentra registrada en el Registro Único de Víctimas (RUV) o posee una resolución de reconocimiento como víctima del conflicto armado emitida por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, podrá solicitar el procedimiento en cualquier municipio del país, presentando el documento que lo acredite.

Se da conocer las sedes donde se realizan las valoraciones para el certificado de Discapacidad en las siguientes sedes, Usaquén, Suba, Boyacá Real, Verbenal y chapinero.

Se dan los datos donde se pueden comunicarte discapacidad@subrednorte.gov.co y al número de celular 3138881325.

COMPROMISOS DE ESTA REUNIÓN	RESPONSABLE	FECHA

DECISIONES / CONCLUSIONES:
Se realiza socialización aclarando dudas y despejando inquietudes de los usuarios.

FIRMAS DE LOS ASISTENTES -		
NOMBRE	**FIRMA**	**CORREO ELECTRÓNICO**

SE ANEXAN LISTADOS DE ASISTENCIA:

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PLANILLA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-105
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 31/10/2024

REUNIÓN (tema): Socializacion PLCPD Dogora Real

FECHA: 13/11/2026

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE VINCULACIÓN			FIRMA
				PLANTA	CONTRATO	OTRO	
[redacted]						X	[redacted]
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PLANILLA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-105
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 31/10/2024

REUNIÓN (tema): Socialización PLCPD Boyacá Real **FECHA:** 08/AGO/2026

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE VINCULACIÓN			FIRMA
				PLANTA	CONTRATO	OTRO	
[redacted]						X	[redacted]
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PLANILLA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-105
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 31/10/2024

REUNIÓN (tema): Socializacion PLCPP Bayaca Real

FECHA: [illegible]

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE VINCULACIÓN			FIRMA
				PLANTA	CONTRATO	OTRO	
[redacted]						X	[redacted]
						+	

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PLANILLA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-105
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 31/10/2024

REUNIÓN (tema): Socialización ALCP Boyaca Real **FECHA:** [redacted]

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE VINCULACIÓN			
				PLANTA	CONTRATO	OTRO	
[redacted]							

N° DE ACTA:	**FECHA: 14/01/2026**
REUNIÓN: Socialización Proceso de Registro Localización y Caracterización de Personas con discapacidad a usuarios de la Subred Integrada de Servicios de salud Norte E.S.E.	

ASISTENTES		
NOMBRE	**CARGO**	**ÁREA/ENTIDAD**
Bleidy Valentina Trejos Murcia	Trabajadora Social	Subred Norte / Ambulatorio
Helen Johanna Parra Salgado	Psicóloga	Subred Norte / Ambulatorio

ORDEN DEL DÍA / AGENDA

1. Socialización de tramite, ruta y canalización de Registro, localización y caracterización de personas con discapacidad con usuarios de la Subred Norte, Hospital Engativa Calle 80.
2. Se realiza entrega de pieza comunicativa con información dada a usuarios de la Subred Norte, Hospital Engativa Calle 80.
3. Se realiza entrega de pieza comunicativa de la ruta para el registro de cuidadores de personas con discapacidad a usuarios de la Subred Norte, Hospital Engativa Calle 80.

REVISIÓN COMPROMISOS ANTERIORES

Responsable	Fecha	Cumplimiento		Causa
		SI	NO	
		SI	NO	
		SI	NO	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Se da inicio a la reunión con el referente del área de Atención al Usuario, con el objetivo de hacer seguimiento a las acciones desarrolladas por el equipo, orientadas a la sensibilización y entrega de información relacionada con el proceso de valoraciones para la obtención del Certificado de Discapacidad.

Se enfatizó en la importancia de brindar una información clara y adecuada a los usuarios. Se recordó que la discapacidad es entendida como la limitación o restricción en la capacidad de una persona para realizar actividades o participar plenamente en la sociedad, debido a una condición física, mental, cognitiva o sensorial.

Se ratificó que la información que se está entregando a los usuarios sobre el proceso de certificación de discapacidad es la adecuada y corresponde a lo establecido por la normativa vigente.

Se explicó que el Certificado de Discapacidad es un documento personal, oficial e intransferible, que

se expide como resultado de una valoración clínica realizada por un equipo multidisciplinario, y que avala la existencia de algún tipo de discapacidad en la persona evaluada.

Este certificado es emitido exclusivamente por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que se encuentran debidamente autorizadas por la Secretaría Distrital de Salud.

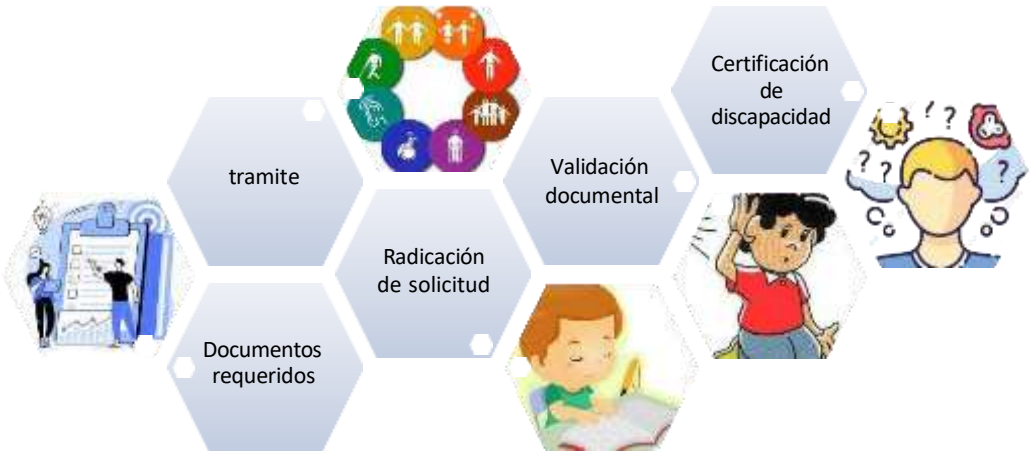
Composición del Equipo Multidisciplinario Certificador de Discapacidad:
El equipo está conformado por tres (3) profesionales formados y registrados en el Directorio Nacional de Certificadores de Discapacidad del Ministerio de Salud, cada uno perteneciente a disciplinas diferentes. Este equipo incluye obligatoriamente un médico general o especialista y dos (2) profesionales de áreas como:

- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Fonoaudiología
- Psicología
- Trabajo social
- Oftalmología
- Enfermería

Procedimiento para la Solicitud del Certificado de Discapacidad:
La certificación de discapacidad y la posterior inclusión de la persona en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad deben ser resultado de una decisión libre y voluntaria, fundamentada en el autorreconocimiento como persona con discapacidad.

Excepcionalmente, esta voluntad podrá ser expresada a través de una persona de apoyo, en los siguientes casos:

- Para niños, niñas y adolescentes.
- Para personas adultas mayores, conforme a lo dispuesto en el Artículo 48 de la Ley 1996 de 2019.



Requisitos para la Solicitud del Certificado de Discapacidad

Para dar inicio al proceso de certificación de discapacidad, el solicitante deberá aportar la siguiente documentación, escaneada en formato PDF y completamente legible:

1. Documento de Identidad:
   - Copia escaneada del documento de identificación de la persona a ser certificada.
   - No se aceptan contraseñas ni salvoconductos, ya que no son documentos válidos para este trámite.
2. Historia Clínica Reciente:
   - Debe contener el diagnóstico CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) relacionado con la discapacidad.
   - La historia debe ser emitida por el médico tratante perteneciente a la Institución de Salud de la red de la EPS a la que está afiliado el solicitante.
3. Exámenes de Soporte:
   - Copia de los exámenes complementarios que respalden el diagnóstico de discapacidad, tales como exámenes de laboratorio, radiografías u otros estudios pertinentes, si aplica.
4. Orden Médica para Valoración:
   - Copia de la orden médica escaneada, emitida por el médico tratante, donde se indique claramente la modalidad de valoración requerida para el proceso de certificación.
5. Comprobante de Residencia:
   - Copia del recibo de servicios públicos del lugar de residencia actual del solicitante, o
   - Certificado de Residencia expedido por la Secretaría de Gobierno correspondiente.
6. Portabilidad EPS (si aplica):
   - En caso de que el solicitante esté afiliado a una EPS en un municipio, departamento o distrito diferente a Bogotá, deberá adjuntar el documento de portabilidad emitido por su EPS.
   - Si no desea realizar el trámite de portabilidad, deberá gestionar la certificación en el lugar donde se encuentra afiliado.
7. Condición de Víctima del Conflicto Armado (si aplica):
   - Si la persona se encuentra registrada en el Registro Único de Víctimas (RUV) o posee una resolución de reconocimiento como víctima del conflicto armado emitida por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, podrá solicitar el procedimiento en cualquier municipio del país, presentando el documento que lo acredite.

Se da conocer las sedes donde se realizan las valoraciones para el certificado de Discapacidad en las siguientes sedes, Usaquén, Suba, Boyacá Real, Verbenal y chapinero.

Se dan los datos donde se pueden comunicarte discapacidad@subrednorte.gov.co y al número de celular 3138881325.

COMPROMISOS DE ESTA REUNIÓN	RESPONSABLE	FECHA

DECISIONES / CONCLUSIONES:
Se realiza socialización aclarando dudas y despejando inquietudes a los usuarios del Hospital Engativa Calle 80.

FIRMAS DE LOS ASISTENTES -		
NOMBRE	**FIRMA**	**CORREO ELECTRÓNICO**
[redacted]		[redacted]

SE ANEXAN LISTADOS DE ASISTENCIA:

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PLANILLA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-105
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 31/10/2024

REUNIÓN (tema): Socialización PLCPD USS Epatiza Calle 80. **FECHA:** 14/01/2026

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE VINCULACIÓN			FIRMA
				PLANTA	CONTRATO	OTRO	
[redacted]						X	[redacted]
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	

Powered by CamScanner

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PLANILLA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-105
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 31/10/2024

REUNIÓN (tema): Socialización. PCPD Egestiva Calle 80. **FECHA:** 19/11/2026

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE VINCULACIÓN			FIRMA
				PLANTA	CONTRATO	OTRO	
[redacted]						X	[redacted]
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	

Powered by CamScanner

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PLANILLA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-105
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 31/10/2024

REUNIÓN (tema): Socialización PLCPD en portico Calle 80. **FECHA:** 19/NOV/2026

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE VINCULACIÓN			FIRMA
				PLANTA	CONTRATO	OTRO	
[redacted]						X	[redacted]
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	

Powered by CamScanner

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PLANILLA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-105
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 31/10/2024

REUNIÓN (tema): Socialización. Ruta Gyeatiua Calle 80. **FECHA:** 19/11/2026.

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE VINCULACIÓN			FIRMA
				PLANTA	CONTRATO	OTRO	
[redacted]						X	[redacted]
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	

Powered by CamScanner

N° DE ACTA:	**FECHA: 16/01/2026**
REUNIÓN: Socialización Proceso de Registro Localización Caracterización de Personas con discapacidad a usuarios de la Subred Integrada de Servicios de salud Norte E.S.E	

ASISTENTES		
NOMBRE	**CARGO**	**ÁREA/ENTIDAD**
Bleidy Valentina Trejos Murcia	Trabajadora Social	Subred Norte / Ambulatorio
Helen Johanna Parra Salgado	Psicóloga	Subred Norte / Ambulatorio

ORDEN DEL DÍA / AGENDA

1. Socialización de tramite, ruta y canalización de Registro, localización y caracterización de personas con discapacidad con usuarios de la Subred Norte, CAPS SUBA.
2. Se realiza entrega de pieza comunicativa con información dada a usuarios de la Subred Norte, CAPS SUBA.
3. Se realiza entrega de pieza comunicativa de la ruta para el registro de cuidadores de personas con discapacidad a usuarios de la Subred Norte, CAPS SUBA.

REVISIÓN COMPROMISOS ANTERIORES

Responsable	Fecha	Cumplimiento		Causa
		SI	NO	
		SI	NO	
		SI	NO	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Se da inicio a la reunión con el referente del área de Atención al Usuario, con el objetivo de hacer seguimiento a las acciones desarrolladas por el equipo, orientadas a la sensibilización y entrega de información relacionada con el proceso de valoraciones para la obtención del Certificado de Discapacidad.

Se enfatizó en la importancia de brindar una información clara y adecuada a los usuarios. Se recordó que la discapacidad es entendida como la limitación o restricción en la capacidad de una persona para realizar actividades o participar plenamente en la sociedad, debido a una condición física, mental, cognitiva o sensorial.

Se ratificó que la información que se está entregando a los usuarios sobre el proceso de certificación de discapacidad es la adecuada y corresponde a lo establecido por la normativa vigente.

Se explicó que el Certificado de Discapacidad es un documento personal, oficial e intransferible, que

se expide como resultado de una valoración clínica realizada por un equipo multidisciplinario, y que avala la existencia de algún tipo de discapacidad en la persona evaluada.

Este certificado es emitido exclusivamente por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que se encuentran debidamente autorizadas por la Secretaría Distrital de Salud.

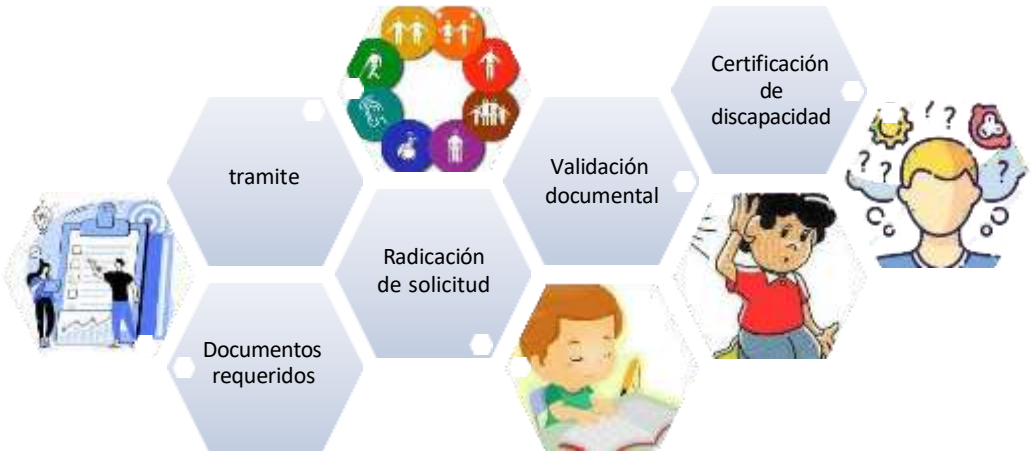
Composición del Equipo Multidisciplinario Certificador de Discapacidad:
El equipo está conformado por tres (3) profesionales formados y registrados en el Directorio Nacional de Certificadores de Discapacidad del Ministerio de Salud, cada uno perteneciente a disciplinas diferentes. Este equipo incluye obligatoriamente un médico general o especialista y dos (2) profesionales de áreas como:

- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Fonoaudiología
- Psicología
- Trabajo social
- Oftalmología
- Enfermería

Procedimiento para la Solicitud del Certificado de Discapacidad:
La certificación de discapacidad y la posterior inclusión de la persona en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad deben ser resultado de una decisión libre y voluntaria, fundamentada en el autorreconocimiento como persona con discapacidad.

Excepcionalmente, esta voluntad podrá ser expresada a través de una persona de apoyo, en los siguientes casos:

- Para niños, niñas y adolescentes.
- Para personas adultas mayores, conforme a lo dispuesto en el Artículo 48 de la Ley 1996 de 2019.



Requisitos para la Solicitud del Certificado de Discapacidad

Para dar inicio al proceso de certificación de discapacidad, el solicitante deberá aportar la siguiente documentación, escaneada en formato PDF y completamente legible:

1. Documento de Identidad:
   - Copia escaneada del documento de identificación de la persona a ser certificada.
   - No se aceptan contraseñas ni salvoconductos, ya que no son documentos válidos para este trámite.
2. Historia Clínica Reciente:
   - Debe contener el diagnóstico CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) relacionado con la discapacidad.
   - La historia debe ser emitida por el médico tratante perteneciente a la Institución de Salud de la red de la EPS a la que está afiliado el solicitante.
3. Exámenes de Soporte:
   - Copia de los exámenes complementarios que respalden el diagnóstico de discapacidad, tales como exámenes de laboratorio, radiografías u otros estudios pertinentes, si aplica.
4. Orden Médica para Valoración:
   - Copia de la orden médica escaneada, emitida por el médico tratante, donde se indique claramente la modalidad de valoración requerida para el proceso de certificación.
5. Comprobante de Residencia:
   - Copia del recibo de servicios públicos del lugar de residencia actual del solicitante, o
   - Certificado de Residencia expedido por la Secretaría de Gobierno correspondiente.
6. Portabilidad EPS (si aplica):
   - En caso de que el solicitante esté afiliado a una EPS en un municipio, departamento o distrito diferente a Bogotá, deberá adjuntar el documento de portabilidad emitido por su EPS.
   - Si no desea realizar el trámite de portabilidad, deberá gestionar la certificación en el lugar donde se encuentra afiliado.
7. Condición de Víctima del Conflicto Armado (si aplica):
   - Si la persona se encuentra registrada en el Registro Único de Víctimas (RUV) o posee una resolución de reconocimiento como víctima del conflicto armado emitida por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, podrá solicitar el procedimiento en cualquier municipio del país, presentando el documento que lo acredite.

Se da conocer las sedes donde se realizan las valoraciones para el certificado de Discapacidad en las siguientes sedes, Usaquén, Suba, Boyacá Real, Verbenal y chapinero.

Se dan los datos donde se pueden comunicarte discapacidad@subrednorte.gov.co y al número de celular 3138881325.

COMPROMISOS DE ESTA REUNIÓN	RESPONSABLE	FECHA

DECISIONES / CONCLUSIONES:
Se realiza socialización aclarando dudas y despejando inquietudes de los usuarios del CAPS SUBA.

FIRMAS DE LOS ASISTENTES -		
NOMBRE	**FIRMA**	**CORREO ELECTRÓNICO**

SE ANEXAN LISTADOS DE ASISTENCIA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PLANILLA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-105
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 31/10/2024

REUNIÓN (tema): Socialización PLCPD CAPS SUBA.

FECHA: 28/10/2024

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE VINCULACIÓN			FIRMA
				PLANTA	CONTRATO	OTRO	
[redacted]						X	[redacted]
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	

Powered by CamScanner

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PLANILLA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-105
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 31/10/2024

REUNIÓN (tema): Socialización PLCPD CAPS SUBA. **FECHA:** 16/10/2025

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE VINCULACIÓN			FIRMA
				PLANTA	CONTRATO	OTRO	
[redacted]						X	[redacted]
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	

Powered by CamScanner

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PLANILLA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-105
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 31/10/2024

REUNIÓN (tema): Socialización. PLCPD CAPS SUBA. **FECHA:** 18/07/2026

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE VINCULACIÓN			FIRMA
				PLANTA	CONTRATO	OTRO	
[redacted]						X	[redacted]
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	

Powered by CamScanner

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PLANILLA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-105
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 31/10/2024

REUNIÓN (tema): Socialización RLCPD CAPS SUBA. **FECHA:** 18/10/2024

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE VINCULACIÓN			FIRMA
				PLANTA	CONTRATO	OTRO	
[redacted]			[redacted]			X	[redacted]
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
			[redacted]			X	
						X	

Powered by CamScanner

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PLANILLA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-105
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 31/10/2024

REUNIÓN (tema): Socializacion PLCPO CAPS SUBA. **FECHA:** 16/01/2026

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE VINCULACIÓN			FIRMA
				PLANTA	CONTRATO	OTRO	
[redacted]	Hogar					X	[redacted]
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	

Powered by CamScanner

N° DE ACTA:	**FECHA: 19/01/2026**
REUNIÓN: Socialización Proceso de Registro localización y caracterización de personas con discapacidad a usuarios de la Subred Integrada de Servicios de salud Norte E.S.E	

ASISTENTES		
NOMBRE	**CARGO**	**ÁREA/ENTIDAD**
Damaris Gutemberg Cortes	Medico General	Subred Norte / Ambulatorio
Bleidy Valentina Trejos Murcia	Trabajadora Social	Subred Norte / Ambulatorio
Helen Johanna Parra Salgado	Psicóloga	Subred Norte / Ambulatorio

ORDEN DEL DÍA / AGENDA

1. Socialización de tramite, ruta y canalización de Registro, localización y caracterización de personas con discapacidad con usuarios de la Subred Norte, CAPS Chapinero.
2. Se realiza entrega de pieza comunicativa con información dada a usuarios de la Subred Norte, CAPS Chapinero.
3. Se realiza entrega de pieza comunicativa de la ruta para el registro de cuidadores de personas con discapacidad a usuarios de la Subred Norte, CAPS Chapinero.

REVISIÓN COMPROMISOS ANTERIORES

Responsable	Fecha	Cumplimiento		Causa
		SI	NO	
		SI	NO	
		SI	NO	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Se da inicio a la reunión con el referente del área de Atención al Usuario, con el objetivo de hacer seguimiento a las acciones desarrolladas por el equipo, orientadas a la sensibilización y entrega de información relacionada con el proceso de valoraciones para la obtención del Certificado de Discapacidad.

Se enfatizó en la importancia de brindar una información clara y adecuada a los usuarios. Se recordó que la discapacidad es entendida como la limitación o restricción en la capacidad de una persona para realizar actividades o participar plenamente en la sociedad, debido a una condición física, mental, cognitiva o sensorial.

Se ratificó que la información que se está entregando a los usuarios sobre el proceso de certificación de discapacidad es la adecuada y corresponde a lo establecido por la normativa vigente.

Se explicó que el Certificado de Discapacidad es un documento personal, oficial e intransferible, que

se expide como resultado de una valoración clínica realizada por un equipo multidisciplinario, y que avala la existencia de algún tipo de discapacidad en la persona evaluada.

Este certificado es emitido exclusivamente por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que se encuentran debidamente autorizadas por la Secretaría Distrital de Salud.

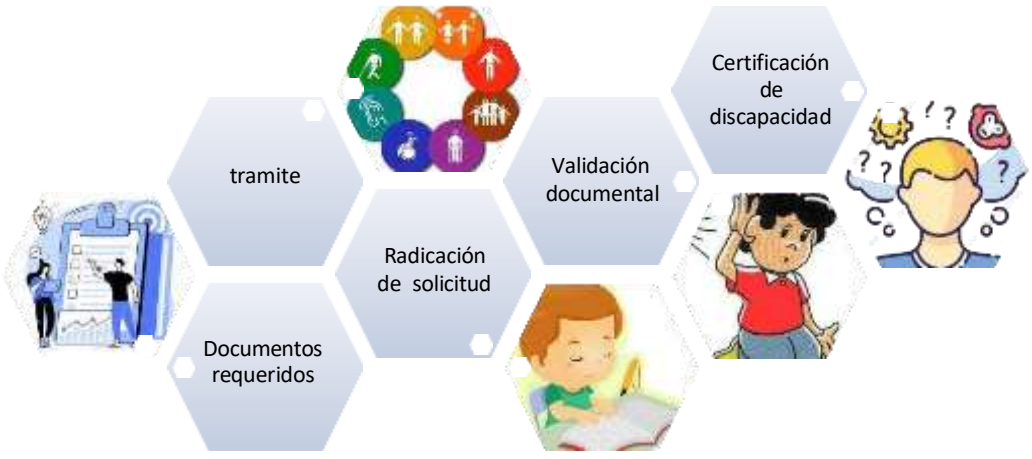
Composición del Equipo Multidisciplinario Certificador de Discapacidad:
El equipo está conformado por tres (3) profesionales formados y registrados en el Directorio Nacional de Certificadores de Discapacidad del Ministerio de Salud, cada uno perteneciente a disciplinas diferentes. Este equipo incluye obligatoriamente un médico general o especialista y dos (2) profesionales de áreas como:

- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Fonoaudiología
- Psicología
- Trabajo social
- Oftalmología
- Enfermería

Procedimiento para la Solicitud del Certificado de Discapacidad:
La certificación de discapacidad y la posterior inclusión de la persona en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad deben ser resultado de una decisión libre y voluntaria, fundamentada en el autorreconocimiento como persona con discapacidad.

Excepcionalmente, esta voluntad podrá ser expresada a través de una persona de apoyo, en los siguientes casos:

- Para niños, niñas y adolescentes.
- Para personas adultas mayores, conforme a lo dispuesto en el Artículo 48 de la Ley 1996 de 2019.



Requisitos para la Solicitud del Certificado de Discapacidad

Para dar inicio al proceso de certificación de discapacidad, el solicitante deberá aportar la siguiente documentación, escaneada en formato PDF y completamente legible:

1. Documento de Identidad:
   - Copia escaneada del documento de identificación de la persona a ser certificada.
   - No se aceptan contraseñas ni salvoconductos, ya que no son documentos válidos para este trámite.
2. Historia Clínica Reciente:
   - Debe contener el diagnóstico CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) relacionado con la discapacidad.
   - La historia debe ser emitida por el médico tratante perteneciente a la Institución de Salud de la red de la EPS a la que está afiliado el solicitante.
3. Exámenes de Soporte:
   - Copia de los exámenes complementarios que respalden el diagnóstico de discapacidad, tales como exámenes de laboratorio, radiografías u otros estudios pertinentes, si aplica.
4. Orden Médica para Valoración:
   - Copia de la orden médica escaneada, emitida por el médico tratante, donde se indique claramente la modalidad de valoración requerida para el proceso de certificación.
5. Comprobante de Residencia:
   - Copia del recibo de servicios públicos del lugar de residencia actual del solicitante, o
   - Certificado de Residencia expedido por la Secretaría de Gobierno correspondiente.
6. Portabilidad EPS (si aplica):
   - En caso de que el solicitante esté afiliado a una EPS en un municipio, departamento o distrito diferente a Bogotá, deberá adjuntar el documento de portabilidad emitido por su EPS.
   - Si no desea realizar el trámite de portabilidad, deberá gestionar la certificación en el lugar donde se encuentra afiliado.
7. Condición de Víctima del Conflicto Armado (si aplica):
   - Si la persona se encuentra registrada en el Registro Único de Víctimas (RUV) o posee una resolución de reconocimiento como víctima del conflicto armado emitida por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, podrá solicitar el procedimiento en cualquier municipio del país, presentando el documento que lo acredite.

Se da conocer las sedes donde se realizan las valoraciones para el certificado de Discapacidad en las siguientes sedes, Usaquén, Suba, Boyacá Real, Verbenal y chapinero.

Se dan los datos donde se pueden comunicarte discapacidad@subrednorte.gov.co y al número de celular 3138881325.

COMPROMISOS DE ESTA REUNIÓN	RESPONSABLE	FECHA

DECISIONES / CONCLUSIONES:
Se realiza socialización aclarando dudas y despejando inquietudes a los usuarios del CAPS de Chapinero.

FIRMAS DE LOS ASISTENTES -		
NOMBRE	**FIRMA**	**CORREO ELECTRÓNICO**

SE ANEXAN LISTADOS DE ASISTENCIA:

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PLANILLA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-105
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 31/10/2024

REUNIÓN (tema): Socializacion PEPD COPS chapinero	FECHA: DD/MM/AAAA 19 01 2026

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE VINCULACIÓN			FIRMA
				PLANTA	CONTRATO	OTRO	

Powered by CamScanner

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PLANILLA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-105
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 1 DE (Ctrl)
		FECHA: 31/10/2024

REUNIÓN (tema): Socialización PLCPD CaPS chapinero	**FECHA:** DD/MM/AAAA 19 01 2026

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE VINCULACIÓN			FIRMA
				PLANTA	CONTRATO	OTRO	

Powered by CamScanner

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PLANILLA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-105
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 31/10/2024

REUNIÓN (tema): Socialización RLCPD Caps Cloranero	FECHA: DD/MM/AAAA 2026

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE VINCULACIÓN			FIRMA
				PLANTA	CONTRATO	OTRO	

Powered by CamScanner

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE VINCULACIÓN			FIRMA
				PLANTA	CONTRATO	OTRO	
[redacted]	MD	Ambulatorio	[redacted]				[redacted]
	MD	Ambulatorio					
	Enfermera Epidemiologa	Gestion del Riesgo			X		
	Medico	Ambulatorios			X		
	Terapeuta	Ambulatorios			X		
	Aux. Enfer	Hospitalario			X		
	Medico Cirujano	Ambulatorio					
	Medicina general	Ambulatorio			X		
	Medico hospitalario	Hospitalizacion			X		
	Odontologo	Ambulatorio					
	Medico	Urgencias			X		
	Enfermero	Urgencias			X		

Powered by CamScanner

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PLANILLA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-105
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 31/10/2024

REUNIÓN (tema): Socializacion RLPD Caps Chapinero	FECHA: 19/03/2026

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE VINCULACIÓN			FIRMA
				PLANTA	CONTRATO	OTRO	
[redacted]							[redacted]

Powered by CamScanner

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE VINCULACIÓN			FIRMA
				PLANTA	CONTRATO	OTRO	
		C. Externa			X		
		Urgencias					
		C. EXTERNA			X		
		C. Externa					
		Ambulatorios					
		Ambulatorio					
		Ambulatorio			X		
		ATENCION USUARIO			X		
		Dirección Hospitalización			X		
		Consul Ext					
		Ambulato			X		
		Dr Hosp			X		
		Ambulatoria			X		

Powered by CamScanner

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PLANILLA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-105
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 31/10/2024

REUNIÓN (tema): Socializacion RLCPD Caps Chapinero	FECHA: 07/04/2025

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE VINCULACIÓN			FIRMA
				PLANTA	CONTRATO	OTRO	
[redacted]	Estudiante		[redacted]				[redacted]
	agradecaSa						
	cuidar dientes						
	Comentario						
	trabajo						
	Trabajo						
	1 —						
	Trabajo						
	trabajo						
	oficios varios						

Powered by CamScanner

N° DE ACTA:	**FECHA: 21/01/2026**
REUNIÓN: Socialización Proceso de Certificación de discapacidad a usuarios de la Subred Integrada de Servicios de salud Norte E.S.E	

ASISTENTES		
NOMBRE	**CARGO**	**ÁREA/ENTIDAD**
Damaris Gutemberg Cortes	Medico	Subred Norte / Ambulatorio

ORDEN DEL DÍA / AGENDA

1. Socialización de tramite, ruta y canalización de Registro, localización y caracterización de personas con discapacidad con usuarios de la Subred Norte, sede Fray Bartolome de las casas.
2. Se realiza entrega de pieza comunicativa con información dada a usuarios de la Subred Norte, sede Fray Bartolome de las casas.
3. Se realiza entrega de pieza comunicativa de la ruta para el registro de cuidadores de personas con discapacidad a usuarios de la Subred Norte, sede Fray Bartolome de las casas.

REVISIÓN COMPROMISOS ANTERIORES				
Responsable	Fecha	Cumplimiento		Causa
		SI	NO	
		SI	NO	
		SI	NO	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Se da inicio a la reunión con el referente del área de Atención al Usuario, con el objetivo de hacer seguimiento a las acciones desarrolladas por el equipo, orientadas a la sensibilización y entrega de información relacionada con el proceso de valoraciones para la obtención del Certificado de Discapacidad.

Se enfatizó en la importancia de brindar una información clara y adecuada a los usuarios. Se recordó que la discapacidad es entendida como la limitación o restricción en la capacidad de una persona para realizar actividades o participar plenamente en la sociedad, debido a una condición física, mental, cognitiva o sensorial.

Se ratificó que la información que se está entregando a los usuarios sobre el proceso de certificación de discapacidad es la adecuada y corresponde a lo establecido por la normativa vigente.

Se explicó que el Certificado de Discapacidad es un documento personal, oficial e intransferible, que

se expide como resultado de una valoración clínica realizada por un equipo multidisciplinario, y que avala la existencia de algún tipo de discapacidad en la persona evaluada.

Este certificado es emitido exclusivamente por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que se encuentran debidamente autorizadas por la Secretaría Distrital de Salud.

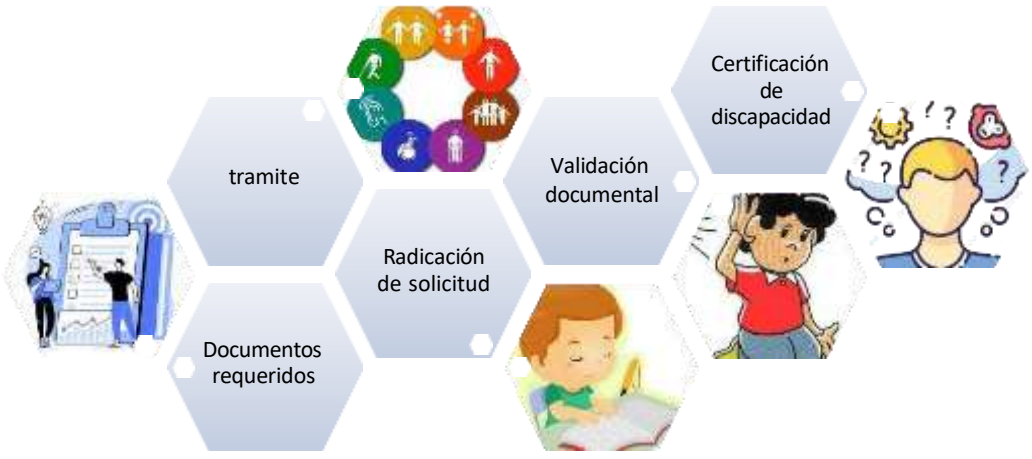
Composición del Equipo Multidisciplinario Certificador de Discapacidad:
El equipo está conformado por tres (3) profesionales formados y registrados en el Directorio Nacional de Certificadores de Discapacidad del Ministerio de Salud, cada uno perteneciente a disciplinas diferentes. Este equipo incluye obligatoriamente un médico general o especialista y dos (2) profesionales de áreas como:

- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Fonoaudiología
- Psicología
- Trabajo social
- Oftalmología
- Enfermería

Procedimiento para la Solicitud del Certificado de Discapacidad:
La certificación de discapacidad y la posterior inclusión de la persona en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad deben ser resultado de una decisión libre y voluntaria, fundamentada en el autorreconocimiento como persona con discapacidad.

Excepcionalmente, esta voluntad podrá ser expresada a través de una persona de apoyo, en los siguientes casos:

- Para niños, niñas y adolescentes.
- Para personas adultas mayores, conforme a lo dispuesto en el Artículo 48 de la Ley 1996 de 2019.



Requisitos para la Solicitud del Certificado de Discapacidad

Para dar inicio al proceso de certificación de discapacidad, el solicitante deberá aportar la siguiente documentación, escaneada en formato PDF y completamente legible:

1. Documento de Identidad:
   - Copia escaneada del documento de identificación de la persona a ser certificada.
   - No se aceptan contraseñas ni salvoconductos, ya que no son documentos válidos para este trámite.
2. Historia Clínica Reciente:
   - Debe contener el diagnóstico CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) relacionado con la discapacidad.
   - La historia debe ser emitida por el médico tratante perteneciente a la Institución de Salud de la red de la EPS a la que está afiliado el solicitante.
3. Exámenes de Soporte:
   - Copia de los exámenes complementarios que respalden el diagnóstico de discapacidad, tales como exámenes de laboratorio, radiografías u otros estudios pertinentes, si aplica.
4. Orden Médica para Valoración:
   - Copia de la orden médica escaneada, emitida por el médico tratante, donde se indique claramente la modalidad de valoración requerida para el proceso de certificación.
5. Comprobante de Residencia:
   - Copia del recibo de servicios públicos del lugar de residencia actual del solicitante, o
   - Certificado de Residencia expedido por la Secretaría de Gobierno correspondiente.
6. Portabilidad EPS (si aplica):
   - En caso de que el solicitante esté afiliado a una EPS en un municipio, departamento o distrito diferente a Bogotá, deberá adjuntar el documento de portabilidad emitido por su EPS.
   - Si no desea realizar el trámite de portabilidad, deberá gestionar la certificación en el lugar donde se encuentra afiliado.
7. Condición de Víctima del Conflicto Armado (si aplica):
   - Si la persona se encuentra registrada en el Registro Único de Víctimas (RUV) o posee una resolución de reconocimiento como víctima del conflicto armado emitida por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, podrá solicitar el procedimiento en cualquier municipio del país, presentando el documento que lo acredite.

Se da conocer las sedes donde se realizan las valoraciones para el certificado de Discapacidad en las siguientes sedes, Usaquén, Suba, Boyacá Real, Verbenal y chapinero.

Se dan los datos donde se pueden comunicarte discapacidad@subrednorte.gov.co y al número de celular 3138881325.

COMPROMISOS DE ESTA REUNIÓN	RESPONSABLE	FECHA

DECISIONES / CONCLUSIONES:
Se realiza socialización aclarando dudas y despejando inquietudes de los usuarios.

FIRMAS DE LOS ASISTENTES -		
NOMBRE	**FIRMA**	**CORREO ELECTRÓNICO**

SE ANEXAN LISTADOS DE ASISTENCIA:

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PLANILLA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-105
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 31/10/2024

REUNIÓN (tema): Socializacion certificado de discapacidad	FECHA: DD/MM/AAAA 21 01 2026

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE VINCULACIÓN			FIRMA
				PLANTA	CONTRATO	OTRO	
[redacted]							[redacted]

Scanned with CamScanner

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PLANILLA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-105
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 31/10/2024

REUNIÓN (tema): Socialización certificado de discapacidad

FECHA: DD/MM/AAAA 21 01 2026

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE VINCULACIÓN			FIRMA
				PLANTA	CONTRATO	OTRO	
[redacted]							[redacted]

Scanned with CamScanner

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PLANILLA DE REUNIÓN	CÓDIGO: ES-GC-F-105
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CALIDAD	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 31/10/2024

REUNIÓN (tema): Socializacion certificado de discapacidad

FECHA: DD/MM/AAAA 21 01 2026

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE VINCULACIÓN			FIRMA
				PLANTA	CONTRATO	OTRO	
[redacted]	ux de Enfermeria	Ambulatorio	[redacted]		X		[redacted]
	ec. Admon	Ambulatorio Fray			X		
	5						
	Estudiante						
	Estudiante						
	Bodega						
		independe					
	Pensionada.						

Scanned with CamScanner