N° DE ACTA:	**FECHA:** 27 de mayo de 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	Médico	Subred Norte / Ambulatorio
Dora Delgado	Fisioterapeuta	Subred Norte / Ambulatorio
Valentina Trejos	Trabajadora Social	Subred Norte / Ambulatorio

ORDEN DEL DÍA / AGENDA

1. Socialización de trámite, ruta y canalización de Registro, localización y caracterización de personas con discapacidad con usuarios de la Subred Norte, sede Fray Bartolomé de las casas.
2. Se realiza entrega de pieza comunicativa con información dada a usuarios de la Subred Norte, sede Fray Bartolomé 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 Bartolomé 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 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.

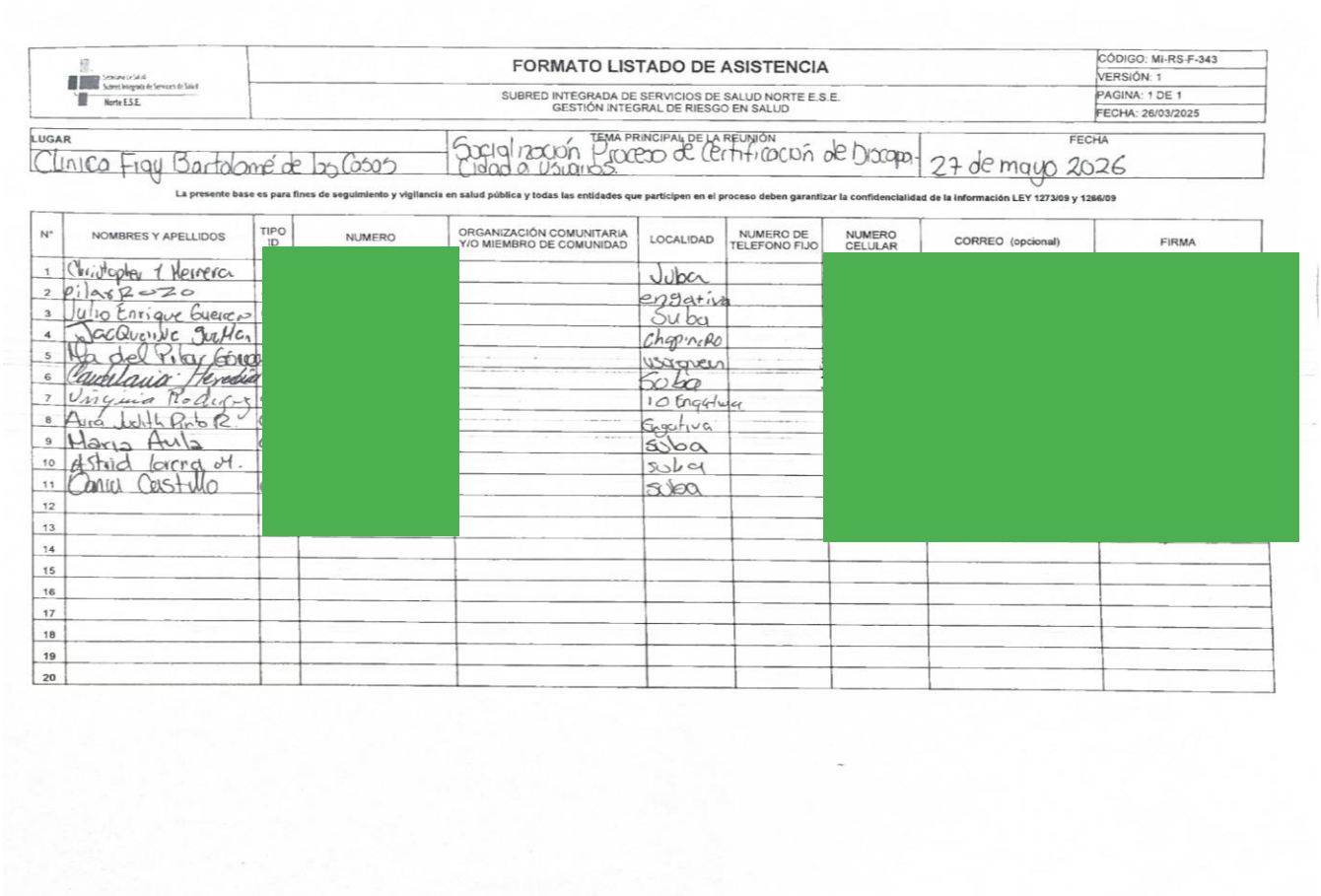
Se dan los datos donde se pueden comunicarte discapacidad@subrednorte.gov.co y al número de celular 3138881325.

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**
Damaris Gutemberg	[redacted]	
Dora Delgado		
Valentina Trejos		

SE ANEXAN LISTADOS DE ASISTENCIA:



FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGO EN SALUD

CÓDIGO: Mi-RS-F-343
VERSIÓN: 1
PAGINA: 1 DE 1
FECHA: 26/03/2025

LUGAR: Clínica Fray Bartolomé de las Casas
TEMA PRINCIPAL DE LA REUNIÓN: Socialización Proceso de Certificación de Discapa- Ciudadanos Usuarios
FECHA: 27 de mayo 2026

La presente base es para fines de seguimiento y vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO ID	NUMERO	ORGANIZACIÓN COMUNITARIA Y/O MIEMBRO DE COMUNIDAD	LOCALIDAD	NUMERO DE TELEFONO FIJO	NUMERO CELULAR	CORREO (opcional)	FIRMA
1	Christopher J Herrera	[redacted]			Suba		[redacted]		
2	pilar Rozo				engativa				
3	Julio Enrique Guerrero				Suba				
4	Jacqueline Sotta				Chapinero				
5	Ma del Pilar Gómez				usaquen				
6	Candelaria Heredia				Suba				
7	Virginia Rodriguez				Engativa				
8	Ana Judith Pinto R				Engativa				
9	Maria Aula				Suba				
10	Astrid Garcia M.				Suba				
11	Daniel Castillo				Suba				
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									