

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE TIC SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL GUÍA PARA ELABORAR MANUAL DE USUARIO Código: SDS-TIC-GUI-007 V.2</p>	<p>Elaborado por: Angela Romero, Eduardo Hernandez Revisado: Hector Chaparro Aprobado por: Gabriel Lozano Diaz</p>	
--	--	--	---

Servicio Digital Certificación de Discapacidad

	<p style="text-align: center;">DIRECCIÓN DE TIC SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL GUÍA PARA ELABORAR MANUAL DE USUARIO Código: SDS-TIC-GUI-007 V.2</p>	<p>Elaborado por: Angela Romero, Eduardo Hernandez Revisado: Hector Chaparro Aprobado por: Gabriel Lozano Diaz</p>	
---	---	--	---

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	3
2. REQUERIMIENTOS.....	4
2.1 Mínimos del cliente:.....	4
3. MODULOS DEL SISTEMA	5
3.1 MODULO DE REGISTRO	5
3.2. MODULO DE REGISTRO	7

	<p style="text-align: center;">DIRECCIÓN DE TIC SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL GUÍA PARA ELABORAR MANUAL DE USUARIO Código: SDS-TIC-GUI-007 V.2</p>	<p>Elaborado por: Angela Romero, Eduardo Hernandez Revisado: Hector Chaparro Aprobado por: Gabriel Lozano Diaz</p>	
---	---	--	---

1. INTRODUCCIÓN

El sistema de tramites en línea certificado de discapacidad, es una herramienta informática para el registro de información gestión y análisis del procedimiento de certificación de discapacidad y Registro de Localización y Caracterización de personas con discapacidad RLCPD, en el marco de la Resolución 113 de 2020.

Este manual tambien ofrece a la dirección de Provisión de Servicios de Salud una plataforma donde se puede verificar todos los tramites, revisar documentación, aprobar, rechazar y corregir los tramites de una manera agil; permite adicionalmente llevar un control mediante reportes de todos los tramites que han sido gestionados mediante esta aplicación.

	<p style="text-align: center;">DIRECCIÓN DE TIC SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL GUÍA PARA ELABORAR MANUAL DE USUARIO Código: SDS-TIC-GUI-007 V.2</p>	<p>Elaborado por: Angela Romero, Eduardo Hernandez Revisado: Hector Chaparro Aprobado por: Gabriel Lozano Diaz</p>	
---	---	--	---

2. REQUERIMIENTOS

2.1 Mínimos del cliente:

- ✓ Procesador: Intel Pentium III, velocidad de procesador: 700 MHz
- ✓ Memoria: 256MB (si se dispone de menos memoria, se debe contar con una tarjeta de video separada de 64M).
- ✓ Software: Navegador Chrome, Mozilla o MS IExplorer 7.0 o superior
- ✓ Conexión: Por conexión dedicada: 10Mbps, preferiblemente 10/100Mbps, con salida de 10Kbps asegurada para el equipo.
- ✓ Por conexión conmutada (acceso telefónico): Conexión por módem a 56Kbps
- ✓ Sistema Operativo: Windows, Linux, MAC

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE TIC SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL GUÍA PARA ELABORAR MANUAL DE USUARIO Código: SDS-TIC-GUI-007 V.2</p>	<p>Elaborado por: Angela Romero, Eduardo Hernandez Revisado: Hector Chaparro Aprobado por: Gabriel Lozano Diaz</p>	
--	--	--	---

3. MODULOS DEL SISTEMA

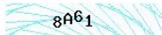
Para ingresar al sistema se debe realizar a través de la siguiente dirección URL
<http://tramitesenlinea.saludcapital.gov.co/>

3.1 MODULO DE REGISTRO

Para realizar la inscripción debe hacer click en el botón Registro Persona Natural (este tipo de tramite solo es permitido para personas naturales).

Inicio Sesión y Registro

Ingreso de usuarios



Ingrese los caracteres que aparecen en la imagen:

Registro Ventanilla Única

Tenga en cuenta, que para realizar de nuestros trámites en línea, es obligatorio diligenciar previamente el REGISTRO DEL CIUDADANO (persona natural o jurídica), el cual servirá para la realización de trámites posteriores ante la Secretaría Distrital de Salud.

Una vez ingrese debe diligenciar los siguientes datos de registro:

- Registro Persona Natural. Datos Básicos.

Registro Persona Natural.

Datos Básicos.

Importante! Por favor registre los datos exactamente como aparecen en su documento de identidad, estos datos seran usados para la generación de los Documentos asociados al trámite solicitado y su posterior reporte a entidades de vigilancia y control.

Primer Nombre(*)	Segundo Nombre	Primer Apellido(*)	Segundo Apellido
<input type="text" value="Primer Nombre"/>	<input type="text" value="Segundo Nombre"/>	<input type="text" value="Primer Apellido"/>	<input type="text" value="Segundo Apellido"/>
Tipo de Identificación(*)	N. Documento Identidad(*)	Teléfono fijo	Teléfono celular(*)
<input type="text" value="Seleccione..."/>	<input type="text" value="Número de documento d"/>	<input type="text" value="Teléfono fijo"/>	<input type="text" value="Teléfono celular"/>
Correo electrónico(*)		Confirmar Correo electrónico(*)	
<input type="text" value="Correo electrónico"/>		<input type="text" value="Confirmar Correo electrónico"/>	

- Datos Geográficos.

Datos Geográficos.

Nacionalidad(*)
<input type="text" value="Seleccione..."/>
Departamento de residencia(*)
<input type="text" value="Seleccione..."/>
Ciudad de residencia(*)
<input type="text" value="Seleccione Departamento..."/>

Información! Por favor registre su dirección de residencia tal como aparece en el recibo público, en las casillas indicadas para esto. Una vez completado los datos, favor dar clic sobre el botón verde Confirmar Dirección. Esta funcionalidad permitirá autocompletar datos de UPZ, Localidad y Barrio para las direcciones de Bogotá D.C. y estandarizar la dirección para el resto de ciudades.

Vía Ppal(*)	Num(*)	Letra
<input type="text" value="Seleccione una opción..."/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BIS	Card	Num(*)
<input type="text" value="BIS"/>	<input type="text" value="Card"/>	<input type="text" value="Num(*)"/>
Letra	Placa(*)	Card
<input type="text" value="Letra"/>	<input type="text" value="Placa(*)"/>	<input type="text" value="Card"/>
Dirección(*)		
<input type="text" value="Dirección(*)"/>		

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE TIC SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL GUÍA PARA ELABORAR MANUAL DE USUARIO Código: SDS-TIC-GUI-007 V.2</p>	<p>Elaborado por: Angela Romero, Eduardo Hernandez Revisado: Hector Chaparro Aprobado por: Gabriel Lozano Diaz</p>	
--	--	--	---

- Datos Demográficos.

Datos Demográficos.

Fecha de nacimiento(*)

Sexo(*)

Género(*)

Orientación sexual(*)

Etnia(*)

Estado Civil(*)

Nivel Educativo(*)

Guardar y Terminar

Regresar

Al finalizar debe hacer click en el botón Guardar y Terminar y el sistema le enviara a vuelta de correo la confirmación del registro.

3.2. MODULO DE REGISTRO

Una vez haya realizado el registro como persona natural y el sistema haya confirmado la inscripción como persona natural, debe proceder a realizar el registro del trámite, el sistema mostrara un formulario para ingreso de usuario y contraseña los cuales fueron enviados a su correo al momento de la inscripción.

Inicio Sesión y Registro

Ingreso de usuarios


Ingrese los caracteres que aparecen en la imagen:

Ingresar

Registro Ventanilla Única

Registro Persona Natural

Registro Persona Jurídica

Tenga en cuenta, que para realizar de nuestros trámites en línea, es obligatorio diligenciar previamente el REGISTRO DEL CIUDADANO (persona natural o jurídica), el cual servirá para la realización de trámites posteriores ante la Secretaría Distrital de Salud.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE TIC SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL GUÍA PARA ELABORAR MANUAL DE USUARIO Código: SDS-TIC-GUI-007 V.2</p>	<p>Elaborado por: Angela Romero, Eduardo Hernandez Revisado: Hector Chaparro Aprobado por: Gabriel Lozano Diaz</p>	
--	--	--	---

Al ingresar, encontrará un listado de los servicios digitales disponibles para su registro y solicitud, ubique en la parte inferior el Servicio Digital Certificado de Discapacidad y RLCPD.

Servicio Digital Certificado de discapacidad.

Permite la digitalización y puesta en WEB de las solicitudes de los y las ciudadanas residentes en la ciudad de Bogotá, para acceder a la certificación de discapacidad y posterior inclusión en el registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad-RLCPD-.que ingresan a la Dirección de Provisión de servicios de salud, para ello se necesita crear un acceso en línea o virtual que le permita al ciudadano solicitar la orden para la valoración de certificación de discapacidad.

[Registrar Solicitud](#)

Haga click en el botón “Registrar Solicitud”.

3.2.1 Registro de solicitud y carga de documentos.

Una vez ingrese a registrar su solicitud encontrará en la ventanilla única digital de trámites y servicios un formulario, el cual debe diligenciar y adjuntar la documentación requerida.

Ventanilla Única digital de Trámites y Servicios

Trámites
Cerrar sesión

♿ TRÁMITE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Datos del trámite

¿Pertenece al régimen especial o de excepción?
(Docentes Magisterio, Fuerzas Militares, Policía Nacional, Trabajadores Ecopetrol y Universidades Públicas en aplicaciones de la ley 647 del 2000).

Si No

Categoría de discapacidad:

1.Física 2.Mental 3.Psicológica 4.Múltiple 5.Auditiva 6.Visual 7.Sordo ceguera 8.Cognitiva

¿Cuál dispositivo utiliza para movilizarse?:

¿Cuál dispositivo utiliza para comunicarse?:

¿Requiere acompañante?: Si No

¿Vive con una persona que presente condición de discapacidad?: Si No

Seleccione la IPS
SI NO

Documentos del trámite

✓ **Apreciado Usuario!**
 Los documentos adjuntos deben estar en formato PDF y su tamaño máximo debe ser de 3MB, recomendamos escanear los documentos en un scanner, no utilizar las aplicaciones de los dispositivos móviles como celulares o tablet, ya que los documentos quedan con un tamaño demasiado grande y puede tener problemas al momento de cargar los documentos en el formulario. Ante cualquier inquietud en relación a los documentos, favor contactar vía correo electrónico al correo discapacidad@saludcapital.gov.co

1. Copia de la última historia clínica con diagnóstico CIE 10 relacionado con la discapacidad:

2. Copia de los exámenes médicos más recientes que complemente el diagnóstico de discapacidad:

3. Copia del documento de identificación:

4. Certificado de residencia de Bogotá:

5. La valoración en modalidad domiciliaria, será excepcional, y procederá únicamente por orden expresa del médico tratante:

Observaciones :

He leído y acepto los términos y condiciones de uso

2019. © Todos los derechos reservados- Versión 2.1
 *Habeas data
 **Términos y condiciones




Deba aceptar los términos y condiciones de uso, chequeando el cuadro y haciendo click en Enviar, su trámite quedará registrado en el sistema.

He leído y acepto los términos y condiciones de uso

✓ Terminos y condiciones aceptados.

El sistema mostrará en pantalla el estado del trámite y los documentos cargados.

🔊 CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

📁 Estado de mi trámite

✎ Editar datos personales

✔ Registro exitoso, trámite número 28.

Mostrar registros Buscar:

No. trámite	Nombres y Apellidos	Número de documento	Teléfono	Correo	Estado trámite	Observaciones
28	DANIEL AVENDAÑO	1020775844	3017781758	esanchez1988@gmail.com	Registrado	Esta es una prueba

Mostrando 1 a 1 de 1 registros Anterior **1** Siguiente

📄 Datos del trámite

👤 Datos del cuidador

📄 Documentos registrados

Id documento	Descripción	Ver documento	Estado del documento
162767	historia_clinica		✔ Registrado
162768	examen_medico		✔ Registrado
162769	copiam_documento		✔ Registrado
162770	certificado_residencia		✔ Registrado
162771	valoracion_domiciliaria		✔ Registrado

2019. © Todos los derechos reservados- Versión 2.1
*Habeas data
**Términos y condiciones




El sistema notifica el registro del trámite al correo electrónico registrado.

Fwd: Trámite certificado de discapacidad - Mensaje (HTML)

Archivo Mensaje Ayuda ¿Qué desea hacer?

🗑️ 📧 📄 🔄 🔄 ➡️ 📄 compartir con Teams 📄 Autorregulac... 📧 Marcar como no leído 📄 📄 📄 📄 🔍 Buscar 📄 Zoom 📄 Insights ...

Fwd: [REDACTED] certificado de discapacidad

📄 Responder
📄 Responder a todos
➡️ Reenviar
⋮

jueves 08/07/2021 10:20 a. m.

Señor(a) [REDACTED]

En atención a la petición, mediante la cual usted solicita, la expedición del certificado y Registro de Localización y Caracterización de personas con Discapacidad (RLCPD) a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, le informamos que se ha recibido su solicitud, con radicado número 28, y la misma se encuentra en proceso de revisión.

En el caso de que sus documentos cumplan con lo solicitado, su autorización será enviada al correo electrónico registrado por usted,

En caso de requerir mayor información o claridad de la documentación aportada, se generará contacto con usted a través de los diferentes canales establecidos por la entidad.

Ante cualquier inquietud o novedad no dude consultar primeramente la documentación dispuesta en el portal de la Ventanilla Única de Trámites y Servicios o por medio del correo: tramitediscapacidad@saludcapital.gov.co

Secretaría Distrital de Salud.

Dirección de Provisión de Servicios de Salud

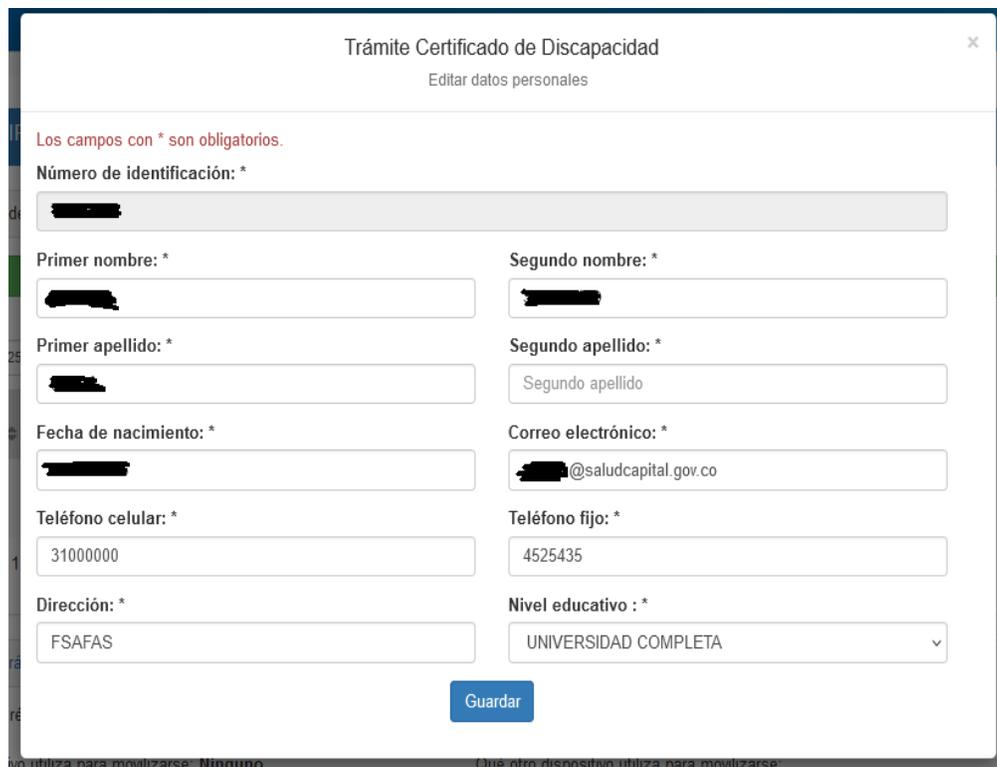
 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE TIC SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL GUÍA PARA ELABORAR MANUAL DE USUARIO Código: SDS-TIC-GUI-007 V.2</p>	<p>Elaborado por: Angela Romero, Eduardo Hernandez Revisado: Hector Chaparro Aprobado por: Gabriel Lozano Diaz</p>	
--	--	--	---

En caso de que el trámite haya sido devuelto por la por el estado: “se requiere más información”, el sistema habilitará los siguientes botones:

Editar Datos Personales: El usuario hace click en el botón verde el cuál se muestra en la siguiente imagen.



El sistema muestra en pantalla un formulario con la información registrada al momento de realizar el registro, el usuario puede editar todos los campos, excepto el número de identificación, , para finaliza hace click en el botón “Guardar”.



The screenshot displays a form titled "Trámite Certificado de Discapacidad" with the sub-header "Editar datos personales". A red note states: "Los campos con * son obligatorios." The form contains the following fields:

- Número de identificación: * (blacked out)
- Primer nombre: * (blacked out)
- Segundo nombre: * (blacked out)
- Primer apellido: * (blacked out)
- Segundo apellido: * (Segundo apellido)
- Fecha de nacimiento: * (blacked out)
- Correo electrónico: * (blacked out)@saludcapital.gov.co
- Teléfono celular: * (31000000)
- Teléfono fijo: * (4525435)
- Dirección: * (FSAFAS)
- Nivel educativo: * (UNIVERSIDAD COMPLETA)

A blue "Guardar" button is located at the bottom center of the form. At the very bottom of the page, there is a small footer: "No utiliza para movilizarse: Ninguno" and "Que otro dispositivo utiliza para movilizarse:".

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE TIC SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL GUÍA PARA ELABORAR MANUAL DE USUARIO Código: SDS-TIC-GUI-007 V.2</p>	<p>Elaborado por: Angela Romero, Eduardo Hernandez Revisado: Hector Chaparro Aprobado por: Gabriel Lozano Diaz</p>	
--	--	--	---

Editar datos del trámite: El sistema muestra la información registrada al momento de registrar el trámite, el usuario hace click en el botón verde, como se observa en la siguiente imagen.

Datos del trámite

Pertenece al régimen especial: no Categoría: Física Mental Auditiva Cognitiva

Cuál dispositivo utiliza para movilizarse: Ninguno Qué otro dispositivo utiliza para movilizarse:

Cuál dispositivo utiliza para comunicarse: Otro Qué otro dispositivo utiliza para comunicarse:

Requiere acompañante: si Vive con una persona que presente condición de discapacidad: si

IPS seleccionada: Ips 1

[Editar datos del trámite](#)

El sistema muestra en pantalla la información de los datos del trámite, el usuario puede editar la información que requiera, para finalizar hace click en el botón “Guardar”.

Trámite Certificado de Discapacidad

Editar datos personales

Los campos con * son obligatorios.

¿Pertenece al régimen especial o de excepción?
(Docentes Magisterio, Fuerzas Militares, Policía Nacional, Trabajadores Ecopetrol y Universidades Públicas en aplicaciones de la ley 647 del 2000).

Si No

Categoría de discapacidad:

1.Física 2.Mental 3.Psicológica 4.Múltiple 5.Auditiva 6.Visual
 7.Sordo ceguera 8.Cognitiva

¿Cuál dispositivo utiliza para movilizarse?:
 Otro cuál:

¿Cuál dispositivo utiliza para comunicarse?:
 Otro cuál:

¿Requiere acompañante?:
 Si No

¿Vive con una persona que presente condición de discapacidad?:
 Si No

Seleccione la IPS

[Guardar](#)

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE TIC SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL GUÍA PARA ELABORAR MANUAL DE USUARIO Código: SDS-TIC-GUI-007 V.2</p>	<p>Elaborado por: Angela Romero, Eduardo Hernandez Revisado: Hector Chaparro Aprobado por: Gabriel Lozano Diaz</p>	
--	--	--	---

Editar datos del cuidador: El sistema muestra la información ingresada al momento de registrar el trámite, el usuario hace click en el botón verde, como se observa en la siguiente imagen.

[Datos del cuidador](#)

Primer Nombre: PNOMBRE	Segundo Nombre: SNOMBRE
Primer Apellido: PAPELLIDO	Segundo Apellido: SAPELLIDO
Tipo de Identificación: Cédula de ciudadanía	No. de documento: 5555555
Correo electrónico: aaaaa@ssss.com	Teléfono fijo: 444444
Teléfono celular: 2222192222	

[✎ Editar datos del cuidador](#)

El sistema muestra en pantalla la información con los datos del cuidador, el usuario puede cambiar el campo que requiera, para finalizar hace click en el botón “Guardar”.

Trámite Certificado de Discapacidad

Editar datos del cuidador

Los campos con * son obligatorios.

<p style="text-align: center;">Primer Nombre (*)</p> <input type="text" value="PNOMBRE"/>	<p style="text-align: center;">Segundo Nombre</p> <input type="text" value="SNOMBRE"/>
<p style="text-align: center;">Primer Apellido (*)</p> <input type="text" value="PAPELLIDO"/>	<p style="text-align: center;">Segundo Apellido</p> <input type="text" value="SAPELLIDO"/>
<p style="text-align: center;">Tipo de Identificación (*)</p> <input type="text" value="Cédula de ciudadanía"/>	<p style="text-align: center;">No. de documento (*)</p> <input type="text" value="5555555"/>
<p style="text-align: center;">Correo electrónico (*)</p> <input type="text" value="aaaaa@ssss.com"/>	<p style="text-align: center;">Teléfono fijo</p> <input type="text" value="444444"/>
<p style="text-align: center;">Teléfono celular</p> <input type="text" value="2222192222"/>	

[Guardar](#)

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE TIC SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL GUÍA PARA ELABORAR MANUAL DE USUARIO Código: SDS-TIC-GUI-007 V.2</p>	<p>Elaborado por: Angela Romero, Eduardo Hernandez Revisado: Hector Chaparro Aprobado por: Gabriel Lozano Diaz</p>	
--	--	--	---

Corregir documentos devueltos: Este caso se da cuando el validador devuelve el documento, el sistema muestra en pantalla la lista de los documentos donde el usuario puede visualizar el documento o si fue devuelto, hace click en el botón “Corregir”.

Documentos registrados				
Id documento	Descripción	Ver documento	Estado documento	del
162762	historia_clinica		 Registrado	
162763	examen_medico		 Registrado	
162764	copias_documento		 Registrado	
162765	certificado_residencia		 Registrado	
162766	valoracion_domiciliaria		 No cumple	

El sistema muestra en pantalla un formulario donde el usuario puede cargar el documento devuelto y digitar observaciones.

⚙️ Certificado de Discapacidad
✕

Por favor cargar los siguientes documentos en formato PDF, tamaño máximo permitido 2 Mb por archivo:
Los campos con * son obligatorios.

valoracion_domiciliaria *

Seleccionar archivo

2021IE4508 Creación de Trámite en L

Observaciones :

Aquí van las observaciones..|

Enviar

En caso de ser aprobado el trámite, el sistema notificará por medio de correo electrónico la aprobación y adjunto al correo encontrará un archivo en formato PDF con la orden de valoración.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p align="center">DIRECCIÓN DE TIC SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL GUÍA PARA ELABORAR MANUAL DE USUARIO Código: SDS-TIC-GUI-007 V.2</p>	<p>Elaborado por: Angela Romero, Eduardo Hernandez Revisado: Hector Chaparro Aprobado por: Gabriel Lozano Diaz</p>	
---	---	--	---

Trámite certificado de discapacidad - Mensaje (HTML)

Trámite certificado de discapacidad

Secretaría Distrital de Salud <contactenos@saludcapital.gov.co>
Para Neira Guio, Segundo Jesus
CC j...@saludcapital.gov.co

OrdenValo 83 KB

Señor(a)
JESUS NEIRA

la petición relacionada con la solicitud para obtener la certificación de discapacidad y el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), me permito informar que la Secretaría de Salud en el marco de sus competencias y previa verificación del cumplimiento de los requisitos señalados en Resolución 113 del 31 de enero de 2020, expidió la orden de valoración por el equipo multidisciplinario en la Institución Prestadora de Servicios de Salud elegida por usted:

Código de autorización:
 IPS: SISS Norte ESE Unidad de Servicios de Salud Usaquén – Localidad Usaquén
 Teléfono móvil: 23333333
 Correo electrónico: sjneira@saludcapital.gov.co

En tal sentido, la IPS dispondrá de un término de diez (10) días hábiles, posteriores a su solicitud para programar la cita con el equipo multidisciplinario, quienes realizarán la valoración y establecerán o no, su condición de discapacidad expidiendo la orden de valoración para la consecuente inclusión en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD).

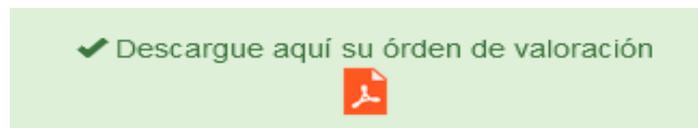
En consecuencia, es pertinente que se comunique de manera telefónica con la IPS mencionada a efectos de agendar su cita, con la orden anexa a esta respuesta.

Señor Usuario recuerde que: es obligatorio que el día de su cita con el equipo multidisciplinario lleve la historia clínica 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.

Señores IPS: Se solicita muy amablemente su colaboración, verificando el código de la autorización previo a la programación, y asistencia del usuario a la institución, con el fin de identificar a que IPS por error fue asignado, teniendo en cuenta que la plataforma SISPRO no permite la anulación de códigos.

La Secretaría Distrital de Salud, con el propósito de mejorar nuestros servicios a la ciudadanía, quiere conocer su opinión frente a la experiencia en la realización de nuestros trámites, por lo cual agradecemos su tiempo

El usuario también puede descargar la orden de valoración ingresando al sistema, haciendo click en el botón con la leyenda “Descargue aquí su orden de valoración”.



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Estado de mi trámite

[Editar datos personales](#)

[Descargue aquí su orden de valoración](#)

Mostrar 25 registros Buscar:

No. trámite	Nombres y Apellidos	Número de documento	Teléfono	Correo	Estado trámite	Observaciones
60	JESUS NEIRA	74333611	23333333	sjneira@saludcapital.gov.co	Aprobado	Prueba

Mostrando 1 a [redacted] Anterior 1 Siguiente

[Datos del trámite](#)

[Datos del cuidador](#)

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p align="center">DIRECCIÓN DE TIC SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL GUÍA PARA ELABORAR MANUAL DE USUARIO Código: SDS-TIC-GUI-007 V.2</p>	<p>Elaborado por: Angela Romero, Eduardo Hernandez Revisado: Hector Chaparro Aprobado por: Gabriel Lozano Diaz</p>	
---	---	--	---

Datos del cuidador

Documentos registrados

Id documento	Descripción	Ver documento	Estado del documento
162899	historia_clinica		<input checked="" type="checkbox"/> Si cumple
162900	examen_medico		<input checked="" type="checkbox"/> Si cumple
162901	copias_documento		<input checked="" type="checkbox"/> Si cumple
162902	certificado_residencia		<input checked="" type="checkbox"/> Si cumple
162903	valoracion_domiciliaria		<input checked="" type="checkbox"/> Si cumple

2019. © Todos los derechos reservados- Versión 2.1
*Habes data
**Términos y condiciones




El sistema descarga la orden de valoración como se muestra en la siguiente imagen.

1 de 1 Tamaño automático



No. de solicitud: 60	
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: 09/08/2021	Fecha de expedición de la orden : 09/08/2021
DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y DE CONTACTO DE LA PERSONA QUE REQUIERE LA VALORACIÓN	
Nombres completos: [REDACTED]	Apellidos completos: [REDACTED]
Tipo de documento de identificación y número	
Tipo de identificación: Cédula de ciudadanía	No. de identificación: [REDACTED]
Ubicación de residencia y número	
Dirección: 5452354	Teléfono fijo: 554545
Complemento de la Dirección:	Teléfono celular 1 y 2: 23333333
Municipio de residencia: BOGOTÁ, D.C.	Correo electrónico: [REDACTED] @saludcapital.gov.co
Localidad:	
DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y DE CONTACTO DEL REPRESENTANTE DE LA PERSONA A SER VALORADA (DILIGENCIAR EN CASO DE QUE APLICA)	
Nombres completos: DSD	Apellidos completos: FADSFA
Tipo de documento de identificación y número	
Tipo de identificación: Cédula de ciudadanía	No. de identificación: 432412421
Ubicación de residencia y número de contacto	

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE TIC SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL GUÍA PARA ELABORAR MANUAL DE USUARIO Código: SDS-TIC-GUI-007 V.2</p>	<p>Elaborado por: Angela Romero, Eduardo Hernandez Revisado: Hector Chaparro Aprobado por: Gabriel Lozano Diaz</p>	
---	---	--	---

Complemento de la Dirección:	Teléfono celular 1 y 2: 3125124
Municipio de residencia:	Correo electrónico: aaaaa@ssss.com
Localidad:	
INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN	
Código de autorización RLCPD: 3456	Nombre de la institución en la cual se autoriza solicitar la valoración por el equipo multidisciplinario: SISS Norte ESE Unidad de Servicios de Salud Usaquéen - Localidad Usaquéen
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: Domiciliaria	
a) Movilidad	b) Comunicación y acceso a la comunicación
Cuál dispositivo utiliza para movilizarse: Bastón	Cuál dispositivo utiliza para comunicarse: Audifonos
Otro dispositivo que utiliza para movilizarse:	Otro dispositivo que utiliza para comunicarse:
¿Requiere acompañante?: si	
DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN	
Nombre y Apellidos Completos: MARTHA YOLANDA RUIZ VALDES	Cargo: Directora Dirección de Provisión de Servicios de Salud
Firma 	Dependencia: Dirección de Provisión de Servicios de Salud
	Correo Electronico: myruiz@saludcapital.gov.co
Observaciones: Prueba	