

FO-M9-P3-03-V01

1. 220.10-13-

Santiago de Cali, 29 de octubre de 2020

CIRCULAR 736556

PARA: SECRETARIAS DE SALUD DE LOS MUNICIPIOS DEL VALLE DEL CAUCA

De: Secretaria de Salud Departamental.

ASUNTO: Responsabilidades en el procedimiento para Certificación y Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad- RLCPD, según Resolución 113 de 2020.

Cordial saludo,

Como es de su conocimiento, en el mes de enero el Ministerio de Salud y Protección Social emite la Resolución 113, *por la cual se dictan disposiciones en relación con la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad*, la cual contiene un "Manual Técnico", se establecen responsabilidades de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Teniendo en cuenta lo establecido en dicha Resolución, esta Secretaría ha emitido varias Circulares Externas: # 530088 del mes de mayo, donde se relacionan las competencias y responsabilidades que como Secretarías de Salud municipal tienen en este procedimiento; # 53637 julio de 2020 y # 734055 octubre, dirigidas a: Alcaldes- Secretarías (os) de Salud – Desarrollo social – Empresas Sociales del Estado- Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud- Entidades Administradoras de Planes de Beneficios- Dependencias de la Gobernación- integrantes del Comité Departamental de Discapacidad- entidades públicas y privadas, las personas con discapacidad en el Valle del Cauca- organizaciones y sociedad civil, con el fin de brindar información y claridades sobre el procedimiento y las competencias de los diferentes actores.

Es preciso mencionar que estos puntos han sido parte de los temas abordados en las diferentes asistencias técnicas realizadas desde el mes de mayo a la fecha, con apoyo del Ministerio de Salud y Protección Social.

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 Teléfono: 6200000 Fax:
Sitio WEB: www.valledelcauca.gov.co e-mail: secretariadesalud@valledelcauca.gov.co
Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia

La Resolución 113 de 2020, establece:

Capítulo IV -Responsabilidades, en su artículo 20, Responsabilidades de las secretarías departamentales, distritales y municipales de salud:

1. Incluir en su plan de acción anual, acciones de actualización continua, cumplimiento de las metas de cobertura y promoción del procedimiento de certificación de discapacidad y del RLCPD, en coordinación con el Comité territorial de discapacidad.
2. Gestionar con otros sectores la inclusión del certificado de discapacidad, como parte de los requisitos para el acceso a sus planes, programas y proyectos.
3. Asignar por lo menos un funcionario del sector salud como referente de discapacidad y responsable de RLCPD.
4. Garantizar la disponibilidad de IPS autorizadas para la realización del procedimiento de certificación de discapacidad.
5. Brindar asistencia técnica y capacitación sobre certificación de discapacidad y RLCPD a las IPS autorizadas.
6. Disponer de las condiciones técnicas administrativas para tramitar oportunamente las solicitudes de actualización de las personas incluidas en el RLCPD, de acuerdo a lo establecido en la Res. Ar. 18.
7. Brindar información a las personas con discapacidad sobre los usos del certificado de discapacidad.

Capítulo II- Certificación de discapacidad, en sus artículos 7 y 8:

- Autorización de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS: “*las secretarías de salud de orden distrital y municipal o las entidades que hagan sus veces, autorizarán a las IPS que realizarán el procedimiento de certificación de discapacidad, de acuerdo con los criterios que para el efecto expida este Ministerio*”.
- Orden para la certificación de discapacidad: “*La persona interesada en realizar el procedimiento de certificación de discapacidad o excepcionalmente, su representante, según lo establecido por el Art. 6 de esta resolución, lo solicitará ante la Secretaría de Salud distrital o municipal de su lugar de residencia, allegando la historia clínica que incluya tanto el diagnóstico (CIE-10) relacionado con la discapacidad emitido por el médico tratante del prestador de servicios de salud de la red de la EPS a la que se encuentre afiliado el interesado, como los soportes de apoyo diagnóstico.*”

La secretaria de salud verificara que la historia clínica contenga la información a que refiere la Resolución 113, y en tal evento, expedirá la orden para la realización del referido procedimiento, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la solicitud

NIT: 890399029-5

Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 Teléfono: 6200000 Fax:
Sitio WEB: www.valledelcauca.gov.co e-mail: secretariadesalud@valledelcauca.gov.co
Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia

e indicaran la red de IPS por ella autorizada y los datos de contacto para la asignación de citas.

En la orden debe especificar:

- A. Si se requiere que la consulta por el equipo multidisciplinario de salud sea institucional o domiciliaria, de acuerdo con lo establecido por el médico tratante.
- B. Las necesidades de apoyos de apoyos y ajustes razonables, cuando el médico haya establecido, de acuerdo con la siguiente clasificación:
 - Movilidad
 - Comunicación y acceso a la comunicación
 - Persona de apoyo

Por lo anterior, y para facilitar el proceso, esta secretaria ha definido dos formatos, con la revisión del referente técnico del Ministerio de Salud y Protección Social- Oficina de Promoción Social- Gestión en Discapacidad:

1. **Formato “Remisión para la valoración por el médico tratante”, diligenciado en la IPS designada por la EPS** a la que se encuentra afiliado y deberá entregar al solicitante (persona con discapacidad) que manifieste requerir el certificado de discapacidad y el RLCPD; este documento es a manera de lista de chequeo para garantizar que la persona cuente con lo requerido. Este debe estar disponible en cada una de las IPS de su municipio de manera física y magnético.

Con ese documento la Secretaría de Salud Municipal, tendrá mayor *facilidad* para revisar lo recibido. Es preciso mencionar que, si algún solicitante se presenta sin este formato, igual debe revisarse y dar el trámite correspondiente, es decir no puede ser un requisito excluyente.

2. **Formato “Orden para la valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad”, una vez la Secretaría de Salud Municipal revise la documentación establecida en la Res. 113 de 2020, aportada por la persona con discapacidad, deberá proceder a ingresar los datos en el aplicativo web RLCPD de tal manera que se obtenga un código de autorización y en un plazo no superior a los cinco (5) días hábiles a entregar este formato debidamente diligenciado, con los correspondientes soportes.**

Como se ha mencionado en las diferentes asistencias técnicas y en el acompañamiento permanente a las administraciones municipales, la Secretaría de Salud Municipal debe surtir los pasos correspondientes para acceder al módulo específico de discapacidad -RLCPD en el SISPRO- Sistema de Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, de no realizar este proceso no tendrá manera de generar la orden para la valoración a las personas que residen en su

NIT: 890399029-5

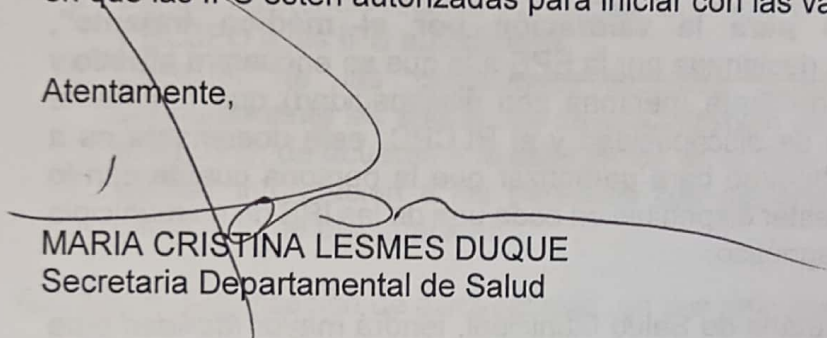
Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 Teléfono: 6200000 Fax:
Sitio WEB: www.valledelcauca.gov.co e-mail: secretariadesalud@valledelcauca.gov.co
Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia

municipio que requieran el certificado de discapacidad, convirtiéndose esto en incumplimiento a sus responsabilidades y competencias.

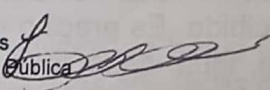
Por lo anterior, y teniendo en cuenta que se ha iniciado el proceso contractual con cada una de las IPS certificadoras para garantizar el procedimiento de certificación y RLCPD, se **considera indispensable** que cada una de las EAPB y sus respectivas redes de prestadores de servicios en salud cuenten con las claridades al respecto, esto requiere que desde la Secretaría de Salud Municipal se repliquen las capacitación y asistencias técnicas dadas por el referente departamental para el tema de discapacidad.

Es preciso que se realice consulta periódica en la página web de la gobernación del Valle del Cauca, en el siguiente link: <https://www.valledelcauca.gov.co/salud/publicaciones/61128/informacion-poblaciones-vulnerables/>, allí encuentra la presentación de la ruta para el procedimiento de RLCPD y certificación; se informará oportunamente del momento en que las IPS estén autorizadas para iniciar con las valoraciones.

Atentamente,



MARIA CRISTINA LESMES DUQUE
Secretaria Departamental de Salud

Transcribió: Ángela Córdoba –Dimensión Transversal Poblaciones Vulnerables
Revisó: Luisa Fernanda Reina González- Subsecretaría de Salud Pública 

Consecutivo en la secretaria de salud Municipal: _____

ORDEN PARA VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

| DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITE LA ORDEN | | | |
|---|----------------------------------|---|---------------------|
| Municipio donde es emitida la orden: | | Nombre de la entidad que emite la orden: | |
| | | | |
| Fecha de solicitud de la orden (DD-MM-AAA) | | Fecha de expedición de la orden (DD-MM-AAA) | |
| | | | |
| DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA | | | |
| Nombres y apellidos | | Tipo de documento: (marcar con x) | Numero de documento |
| | | RC: ___ TI: ___ CC: ___ CE: ___ PEP: ___ Otro: ___ Cual: ___ | |
| Dirección de residencia | Número telefónico (fijo/celular) | Municipio de residencia | correo electrónico |
| | | | |
| Comuna- zona- barrio (si considera necesario describa como llegar al lugar de residencia) | | | |
| | | | |
| DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE CUIDADOR Y/O FAMILIAR DE LA PERSONA A SER VALORADA (en caso de que aplique) | | | |
| Nombres y apellidos | | Tipo de documento: (marcar con x) | Numero de documento |
| | | RC: ___ TI: ___ CC: ___ CE: ___ PEP: ___ Otro: ___ Cual: ___ | |
| Dirección de residencia | Número telefónico (fijo/celular) | Municipio de residencia | correo electrónico |
| | | | |

Consecutivo en la secretaria de salud Municipal: _____

INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN

Código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD):

DATOS DE LA IPS CERTIFICADA A LA QUE SE REALIZA LA REMISIÓN

Nombre de la IPS: _____

| Municipio: | Dirección: | Número telefónico: | Correo electrónico |
|------------|------------|--------------------|--------------------|
| | | | |

INFORMACIÓN SOBRE AJUSTES RAZONABLES

De acuerdo a lo establecido por el medico tratante indique con una **X** las necesidades de la persona con discapacidad a valorar por parte del equipo multidisciplinario:

Lugar donde se deberá realizar la valoración: En la IPS _____ Domiciliaria: _____

Necesidades de apoyos y ajustes razonables:

a) Movilidad: _____

b) Comunicación y acceso a la comunicación: _____

c) Persona de apoyo: _____

OBSERVACIÓN: _____

DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN

Nombres y apellidos: _____

Cargo: _____

Correo electrónico: _____

Numero telefónico: _____

Firma: _____

REMISIÓN PARA LA VALORACIÓN POR MÉDICO TRATANTE PARA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

En cumplimiento a lo establecido en la Resolución 113 de 2020, el medico tratante debe garantizarle a la persona con discapacidad, cada uno de los siguientes ítems, de tal manera que la persona puede presentarlo ante la Secretaria de Salud del Municipio donde reside para dar tramite a la ruta correspondiente para obtener el certificado de discapacidad e inclusión en el Registro de Localización y caracterización de personas con discapacidad.

| DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD-IPS QUE REALIZA DE REMISIÓN | | |
|--|---|---------------------|
| Municipio donde es emitida la orden: | Nombre de la entidad que emite la orden: | |
| | | |
| Fecha de expedición de la REMISIÓN (DD-MM-AAA) | EAPB A LA QUE SE ENCUENTRA AFILIADO EL USUARIO | |
| | | |
| DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA QUE REQUIERE LA REMISIÓN | | |
| Nombres y apellidos | Tipo de documento: (marcar con x) | Numero de documento |
| | RC: ___ TI: ___ CC: ___ CE: ___ PEP: ___ Otro: ___ Cual: ___ | |
| Municipio de residencia | | |
| INFORMACIÓN SOBRE LA REMISIÓN | | |
| Marque con una X los documentos que le entrega al usuario (esto como lista de chequeo). | | |
| HISTORIA CLINICA Con diagnostico Cie-10 donde se relación la discapacidad que presenta la persona. | | Cie-10 |
| SOPORTES: | | |
| Conceptos profesionales de la salud | Exámenes clínicos | |
| Paraclínicos | Imágenes diagnosticas | |

Otros

Cuales:

AJUSTES RAZONABLES

De acuerdo a las características y necesidades determinadas por el profesional tratante indique con una X las necesidades que la persona con discapacidad requiere para realizarle la valoración por el equipo multidisciplinario:

Lugar donde se deberá realizar la valoración: En la IPS _____ Domiciliaria: _____

En caso de requerir domiciliaria justificar:

Necesidades de apoyos y ajustes razonables:

a) Movilidad: _____

b) Comunicación y acceso a la comunicación: _____

c) Persona de apoyo: _____

OBSERVACIÓN: _____

DATOS DE MÉDICO TRATANTE

Nombres y apellidos:

Profesión:

Numero tarjeta profesional:

Firma del médico tratante:

Sello de la IPS-ESE

Nota: La persona con discapacidad debe contactarse con la secretaria de salud del municipio donde reside, presentar este formato debidamente diligenciado por el médico tratante, con los soportes correspondientes.