



La salud es de todos

Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Código	Firma
NICOLASA MARIA MARTINEZ ECHAVARRIA	Fonoaudiología	CC-49731442	<i>[Firma]</i>
GINA MARGARITA USTARIZ ARAMENDIZ	Psicología	CC-49732333	<i>[Firma]</i>
CIRO FRANCISCO ZULETA ZULETA	Medicina	CC-5088380	<i>[Firma]</i>

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, RONALD ANDRES GUTIERREZ GUTIERREZ manifiesto que: SI
 estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Ronald A Gutierrez Ronald Gutierrez
 Nombre y Firma Documento: TI-1066283058

Autorizó el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la normatividad que lo regula. SI



El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional. Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez