INFORME DE EJECUCION CONTRATO No 8504467 DE 2025

Objeto del Contrato: Prestar los servicios para la certificación de discapacidad y Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad- RLCPD en el marco de la Resolución 1197 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Fecha de inicio del contrato 07/11/2025 Fecha de terminación 06/07/2026

Periodo del informe: desde 07/12/2025 hasta 06/01/2026

Obligación No 14

Reportar oportunamente al supervisor del contrato, por medios físicos o digitales, cualquier novedad que se presente en la realización de valoraciones de certificación de discapacidad.

La Subred Integrada de Servicios de Salud durante el periodo correspondiente al presente informe reportó oportunamente las siguientes novedades en la realización de valoraciones multidisciplinarias:

Fecha	Canal de reporte	Novedad
09/12/2025	Buenos días, Reciba un cordial saludo. Se envía el primer informe del Contrato 8504467, correspondiente al período del 7 de noviembre al 6 de diciembre de 2025**,** junto con los informes y anexos respectivos. Quedamos atentos a cualquier información adicional. Referente de Discapacidad Subred Integrada de Servicios de salud Norte E.S.E	Ninguna
10/12/2025	Se envía corrección del informe obligación 6, con las indicaciones dadas del mismo día. Buenos días Bady Te envió formato con las indicaciones dadas el día de hoy.	
11/12/2025	Buenos Días Reciba un Cordial saludo, Se envía Correcciones de los dos datos, requeridos de la Obligación **obligaciones 7 y 8**, dado que se identificaron inconsistencias en los siguientes registros: **Registro No. 404:** En la casilla *"Fecha de agendamiento de la cita"* se encuentra consignado el valor **29328388**, el cual no corresponde a un formato de fecha válido. **Registro No. 392:** La *"Fecha de agendamiento de la cita"* (**27/11/2025**) es mayor que la *"Fecha de valoración"* (**18/11/2025**), lo cual genera una inconsistencia en la secuencia temporal del procedimiento. Se adjunta Obligación.	

AP-GI-F-07-06

12/12/2025	Buenos días Reciba un cordial saludo Bady: En atención a la comunicación recibida, y en el marco del proceso de fortalecimiento de las Empresas Sociales del Estado promovido por el Ministerio de Salud y Protección Social, nos permitimos informar que el FORMATO 1. Intención de Apropiación y Ejecución de Recursos Transferidos a la Empresa Social del Estado – ESE, conforme a los lineamientos establecidos. Ya fue firmado por la Gerente de la Subred Integrada de Servicios de salud Norte E.S.E, Y fue remitido a los correos electrónicas indicadas: irodriguez@minsalud.gov.co con copia a aptorresa@minsalud.gov.co. Se adjunta pantallazo.	
16/12/2025	Buenas tardes, Reciba un cordial saludo. De acuerdo con los compromisos adquiridos en la reunión, se envían los casos para anulación o cambio a modalidad de telemedicina, según corresponda: Anulación de códigos • JXXXX CXXXX MXXXX – C.C. xxxxxxx El paciente se encuentra privado de la libertad y ubicado en Guasca, Cundinamarca. • Germán Jair Linares – C.C. XXXXXXX El paciente se encontraba agendado para cita, sin embargo no asistió. Al contactarlo para re agendamiento, la cuidadora informó que el paciente cuenta con un certificado de discapacidad emitido hace 13 años, con el cual se encuentra adelantando el proceso de movilidad, por lo que no se realizará la valoración. Cambio a telemedicina • FXXXX JXXXX TXXXX SXXXX – C.C. XXXXXXX Se realizó contacto con el cuidador del paciente, quien actualmente se encuentra hospitalizado y acepta la valoración por modalidad de telemedicina. Quedamos atentos a cualquier observación.	
17/12/2025	Buenos días Reciban un cordial saludo Se remite parafiscales del mes de diciembre de la subred Norte	
19/12/2025	Buenos días: Bady Con el presente correo se informa que la usuaria PXXXX OXXXX PXXXX, con cédula de ciudadanía N° XXXXXXX, con código de autorización N° 993809 para valoración para el certificado de discapacidad, se hace contacto telefónico con la señora LXXXX SXXXX OXXXX, hermana de la usuaria, se ha generado agendamiento en los meses de octubre, noviembre y diciembre en la Sede Usaquén ubicado en la Cra 6a # 119b 14, y no han cumplido con la cita, manifestando que hoy 19/12/2025, Hora 2:50pm sede Usaquén, no podrán asistir, ya que no lograron transporte desde Choachí a Bogotá para traer a la señora Patricia a la cita, se direcciona a la familiar en relación a que si ella reside en el Municipio de Choachí, debe gestionar con Secretaria de Salud de ese Municipio el proceso para el certificado de discapacidad. por lo anterior se solicita la anulación del Código de Autorización N° 993809. Agradezco la atención prestada Cordialmente Buenas tardes Bady Con el presente correo se informa que en conversación vía telefónica sostenida el día de hoy, con el señor RXXXX AXXXX, padre de los niños GXXXX EXXXX Y MXXXX **AP**	**-GI-F-07-06**

	SXXXX AXXXX BXXXX, se acuerda dejar en Modalidad de TELEMEDICINA a MXXXX SXXXX con RC N° XXXXXXX, con Código de autorización N°869636 ya que por estar recién operado no fue posible agendarle cita en consultorio. agradezco su amable y fina atención Cordialmente,	
23/12/2025	Buenas tardes, Bady: Reciba un cordial saludo. Doc, quería informarte que actualmente tenemos tres **casos** relacionados con la valoración multidisciplinaria: **Caso 1:** Usuario que ha sido agendado en dos oportunidades y no ha asistido a la cita de valoración multidisciplinaria: • Código válido • Cita agendada el **09/12/2025** – *No asistió* • Cita agendada el **19/12/2025** – *No asistió* • C.C. **XXXXXXX** **Caso 2:** El cuidador refiere que no lleva al paciente a la cita de valoración multidisciplinaria, ya que el paciente manifiesta que no presenta ninguna discapacidad y que el manejo del proceso le resulta muy complicado. • Nombre: **SXXXX AXXXX QXXXX VXXXX** • C.C. **XXXXXXX** **Caso 3:** Usuario que nos hemos tratado de comunicar durante varios meses con usuario para agendar la cita de valoración multidisciplinaria al número 320XXXX – 313XXXX, mes de 13,20 y 28 octubre 3,14, noviembre se llamó 22 diciembre de 2025 no logramos comunicarnos con el usuario. • C.C. **XXXXXXX** Quedo atenta a las indicaciones a seguir.	

Elaborado Por:

CAROLINA ROJAS PARRA.

Nombre _Carolina Rojas Parra_____

Cargo _Referente De Discapacidad_____

AP-GI-F-07-06