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 07/01/2026 hasta 06/02/2026

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
7/01/2026	Buenos días, Reciba un cordial saludo. Se envía el primer informe del Contrato 8504467, correspondiente al período del 7 de diciembre de 2025 al 6 de enero de 2026**,** 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
16/01/2026	Buenos días Bady, Discúlpame por no anexarlo. Anexo obligación 7 y 8 con las correcciones tuyas y de facturación. Estaremos atentos. Referente Discapacidad subred Norte.	Ninguna
19/01/2026	Buenas tardes Bady Reciba un cordial Saludo Se envía documento Adjunto Formato No. 4 compromiso de Confidencialidad – Certificación de Discapacidad, con la firma de la Gerente de Subred Integrada de servicios de Salud Norte E.S.E. Cordialmente	Ninguna

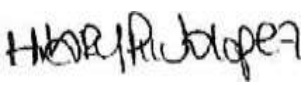
	Referente de Discapacidad Subred Norte	
28/01/2026	Buenos días. Reciba un cordial saludo. Se solicita su apoyo, ya que la cuidadora del paciente AXXXXXX CXXXXXX PXXXXXX, CC XXXXXX, manifiesta la necesidad de realizar una valoración multidisciplinaria de manera prioritaria. Dicha valoración estaba programada en modalidad domiciliaria; sin embargo, la cuidadora informó que se realizará en consultorio. Por tal motivo, la cita fue agendada para el día 29 de enero de 2026, en la sede Usaquén, a las 11:50 a. M. Agradezco su colaboración y gestión Referente de Discapacidad Subred Norte	ninguna
04/02/2026	Bady buenas tardes Te escribe DXXXXXX DXXXXXX, el apoyo de CXXXXXX RXXXXXX y ahora de HXXXXXX PXXXXXX, te reenvió el cuadro de los anexos 7 y 8 , con las correcciones solicitadas. Cordialmente Apoyo Referente de discapacidad Subred Norte	Ninguna
06/02/2026	Buenas tardes Bady: Deseandote éxitos en tus actividades, te envió información de los 2 usuarios para anulación de código de autorización. NOMBRE: OXXXXXX EXXXXXX BXXXXXX CXXXXXX DOCUMENTO DE IDENTIDAD: XXXXXXTELEFONO: XXXXXX CORREO: XXXXXX NUMERO DE AUTORIZACION:942027 MOTIVO: DESISTIMIENTO NOMBRE: AXXXXXX CXXXXXX HXXXXXX SXXXXXX DOCUMENTO DE IDENTIDAD: XXXXXXTELEFONO: XXXXXXXXXXXX NUMERO DE AUTORIZACION: 923070 MOTIVO: FUERA DE BOGOTA, REGRESA EN JUNIO DE 2026 Agradezco tu amable y fina atencion Cordialmente Referente de Discapacidad Subred Norte	Ninguno

Calle 66 No. 15 - 41
Conmutador: 4431790
www.subrednorte.gov.co
Código Postal: 111221

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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Elaborado Por:



Nombre _Hilary Pinto Lopez_____

Cargo _Referente De Discapacidad_____

Calle 66 No. 15 - 41
Conmutador: 4431790
www.subrednorte.gov.co

Código Postal: 111221