



FORMATO ACTA DE SUPERVISIÓN Y  
VIGILANCIA

F-JC-01 Versión: 03  
Fecha: 05/06/2018

DATOS GENERALES

|                                      |                   |              |
|--------------------------------------|-------------------|--------------|
| PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME | MES: OCTUBRE 2021 |              |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN              | FÍSICA            | PRESUPUESTAL |
|                                      | 100%              | 100%         |

DATOS DEL SUPERVISOR

|                        |                                                                |
|------------------------|----------------------------------------------------------------|
| NOMBRE DEL SUPERVISOR  | ROMAN ANTONIO PULGARIN ZAPATA                                  |
| DEPENDENCIA            | SECRETARÍA DE INCLUSIÓN SOCIAL Y FAMILIA.                      |
| CARGO                  | SECRETARIO DE INCLUSIÓN SOCIAL Y FAMILIA.                      |
| APOYO A LA SUPERVISIÓN | DEISY ALEXANDRA CUARTAS OCHOA<br>DIRECTORA DE INCLUSIÓN SOCIAL |

DATOS DEL CONTRATO SUPERVISADO

|                                                                                                                                                                                                            |                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| NUMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                         | SAB-01-1836-21                                                       |
| FECHA DE CONTRATO                                                                                                                                                                                          | 15/JULIO/2021                                                        |
| CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                | NATALIA ANDREA GIL VÉLEZ                                             |
| CEDULA DE CIUDADANÍA O NIT                                                                                                                                                                                 | 1040754134                                                           |
| PROYECTO                                                                                                                                                                                                   | APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD       |
| VALOR                                                                                                                                                                                                      | \$12.492.960                                                         |
| PLAZO                                                                                                                                                                                                      | DESDE LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO Y HASTA EL 15 DE NOVIEMBRE DE 2021 |
| FECHA ACTA DE INICIO                                                                                                                                                                                       | N/A                                                                  |
| FECHA TERMINACIÓN PROYECTADA DEL CONTRATO                                                                                                                                                                  | 15/11/2021                                                           |
| ADICION                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |
| PRORROGA                                                                                                                                                                                                   |                                                                      |
| SUSPENSIÓN                                                                                                                                                                                                 |                                                                      |
| OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO, ASESORIA Y APOYO A PERSONAS EN SITUACION DE DISCAPACIDAD, ATENDIDOS EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS DEL CAIPD DEL MUNICIPIO DE SABANETA. |                                                                      |

SEGUIMIENTO CONTRACTUAL

1. GRADO CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES

| NÚMERO DE OBLIGACIÓN | ALCANCE                                                                                                                                                                                                 | DEFICIENTE | A MEJORAR | SATISFACTORIO | SOBRESALIENTE | NO APLICA | OBSERVACIONES |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------|---------------|---------------|-----------|---------------|
| 1                    | Apoyar en la estimulación cognitiva, las emociones, la resolución de conflictos, habilidades sociales y conductuales con los usuarios, de forma presencial o virtual según las necesidades del momento. |            |           | X             |               |           |               |
| 2                    | Apoyar y acompañar por medio de asesorías psicológicas individual, familiar y grupal a necesidad a la población con discapacidad, por medio presencial o                                                |            |           | X             |               |           |               |



FORMATO ACTA DE SUPERVISIÓN Y  
VIGILANCIA

F-JC-01 Versión: 03  
Fecha: 05/06/2018

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |   |  |  |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---|--|--|
|    | virtual de acuerdo con el requerimiento para su atención.                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |   |  |  |
| 3  | Apoyar en la formulación, implementación y activación de las rutas de atención y prevención mediante el direccionamiento oportuno dejando las evidencias necesarias y en archivo según SGC                                                                                                                                  |  |  | X |  |  |
| 4  | Apoyo en la realización de talleres y capacitaciones propias del área de su competencia a los usuarios, grupos, familias y/o cuidadores de personas con discapacidad de forma virtual o presencial, según las necesidades del momento                                                                                       |  |  | X |  |  |
| 5  | Apoyar y acompañar las visitas domiciliarias, entrevistas y otras técnicas de su competencia con el objeto de elaborar conceptos, diagnósticos y de seguimientos solicitados de este grupo poblacional                                                                                                                      |  |  | X |  |  |
| 6  | Apoyar la promoción de proyectos de investigación, mapeo de organizaciones, fundaciones y servicios ofrecidos para las personas con discapacidad                                                                                                                                                                            |  |  | X |  |  |
| 7  | Apoyar y acompañar en el desarrollo de acciones intra y extramurales con el equipo interdisciplinario, jornadas de sensibilización, ejecución de campañas de promoción y prevención, eventos y difusión de la oferta institucional desde la estrategia RBC, de forma presencial o virtual según las necesidades del momento |  |  | X |  |  |
| 8  | Apoyar y acompañar en las acciones del Sistema de Gestión de Calidad SGC y modelo estándar de control interno para la realización de procesos y procedimientos propios del programa                                                                                                                                         |  |  | X |  |  |
| 9  | Apoyar en la rendición de informes que sean solicitados al programa y los que normalmente deba presentar en la marcha de sus labores.                                                                                                                                                                                       |  |  | X |  |  |
| 10 | Acompañar en la elaboración de un cronograma mensual con las diferentes actividades propias de su área a realizar con los usuarios                                                                                                                                                                                          |  |  | X |  |  |
| 11 | Apoyar los eventos y actividades organizados desde la Subdirección de Integración Social o desde las otras dependencias de la Secretaría de Familia y Bienestar Social                                                                                                                                                      |  |  | X |  |  |
| 12 | Apoyar la divulgación e implementación de la Política Pública de Discapacidad de                                                                                                                                                                                                                                            |  |  | X |  |  |



FORMATO ACTA DE SUPERVISIÓN Y  
VIGILANCIA

F-JC-01 Versión: 03  
Fecha: 05/06/2018

|          |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|
| Sabaneta |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|

2. RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS ACERCA DEL DESEMPEÑO DEL CONTRATISTA:

|  |
|--|
|  |
|  |

3. RELACIÓN DE PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES:

| FECHA DE PAGO                                                                                |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 2021/10/17                                                                                   |             |
| NUMERO DE PLANILLA                                                                           |             |
| 9424939017                                                                                   |             |
| HONORARIOS SEGÚN CONTRATO                                                                    | \$3.123.240 |
| PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL SEGÚN LOS<br>HONORARIOS DEL CONTRATISTA (ARL VARIA<br>SEGÚN RIESGO) |             |
| ITEM                                                                                         | VALOR       |
| PENSIÓN                                                                                      | \$199.900   |
| SALUD                                                                                        | \$156.200   |
| RIESGOS LABORALES                                                                            | \$6.600     |
| PARAFISCALES                                                                                 |             |

4. ENTREGÓ INFORME DE ACTIVIDADES

|                                               |                                    |
|-----------------------------------------------|------------------------------------|
| <u>SI</u> <input checked="" type="checkbox"/> | <u>NO</u> <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------------------|------------------------------------|

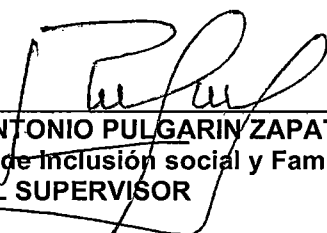
5. ¿PROCEDE PAGO EN ESTE PERIODO?

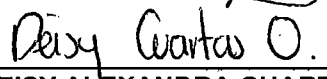
|                                                                                  |                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <u>SI</u> <input checked="" type="checkbox"/>                                    | <u>NO</u> <input type="checkbox"/> |
| EN CASO DE PROCEDER PAGO SE ANEXA AL PRESENTE INFORME CERTIFICACIÓN<br>PARA PAGO |                                    |

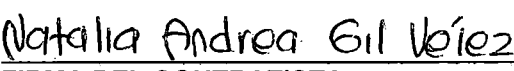
6. OTRAS OBSERVACIONES RELEVANTES DEL SUPERVISOR:

|  |
|--|
|  |
|  |

FECHA DE ELABORACIÓN: OCTUBRE DEL 2021.

  
ROMAN ANTONIO PULGARIN ZAPATA  
Secretario de Inclusión social y Familia  
FIRMA DEL SUPERVISOR

  
DEISY ALEXANDRA CUARTAS OCHOA  
DIRECTORA DE INCLUSIÓN SOCIAL  
APOYO A LA SUPERVISIÓN Y VIGILANCIA

  
Natalia Andrea Gil Vélez  
FIRMA DEL CONTRATISTA

