20244145020010041 1
Al contestar por favor cite estos datos:
Radicado No.: **202441450200100411**
Fecha: **2024-11-08**
TRD: **4145.020.14.56.187.010041**
Rad. Padre: **202441450200100411**

HAROLD ALBERTO SUAREZ CALLE
Gerente
E.S.E HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL
ancianatosanmiguel@gmail.com

Asunto: Invitación a presentar propuesta para adición al contrato interadministrativo No. 4145.010.27.0028 de 2024

Cordial saludo:

La Secretaría de Salud Pública de Cali suscribió con el HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, contrato interadministrativo No. 4145.010.27.0028-2024, por valor de CIENTO OCHENTA Y TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS MCTE ($183.883.647), cuyo objeto es: EL Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E, se compromete con el Distrito de Santiago de Cali – Secretaría de Salud, a realizar la valoración del procedimiento de certificación de discapacidad institucional y/o domiciliaria, a las personas con discapacidad en desarrollo del proyecto "FORTALECIMIENTO DE LAS ADECUACIONES SOCIOCULTURALES Y AJUSTES RAZONABLES EN SALUD A GRUPOS POBLACIONALES VULNERABLES Y DIFERENCIALES EN SANTIAGO DE CALI" BP-26005455.

Que dentro de las acciones que realiza la Secretaría de Salud Pública de Cali, es atender la demanda de solicitudes ciudadanas para el Procedimiento de Certificación de Discapacidad de la población sujeto, motivo por el cual se hace necesario adicionar recursos por valor de NOVENTA Y UN MILLONES OCHOCIENTOS VENTIUN MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS MCTE ($ 91.821.444), a fin de atender la alta demanda de valoraciones clínicas multidisciplinarias en el marco del contrato interadministrativo No. 4145.010.27.1.0028 de 2024.

Agradezco enviar su propuesta dentro de los dos (02) días hábiles siguientes al recibo de la presente, en la cual discrimine la forma de pago, al correo electrónico carlos.pinzon@cali.gov.co con copia al correo: harry.correa@cali.gov.co

Si la E.S.E HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL no se encuentra en capacidad de realizar estas actividades, esta dependencia solicita respuesta manifestando los motivos o inconvenientes que le impiden desarrollar las actividades en

el marco de la adición, que se detallan a continuación:

Componente: BP26005455 – FORTALECIMIENTO DE LAS ADECUACIONES SOCIOCULTURALES Y AJUSTES RAZONABLES EN SALUD A GRUPOS POBLACIONALES VULNERABLES Y DIFERENCIALES EN SANTIAGO DE CALI.				
Actividad: Extender la cobertura en la implementación del procedimiento de certificación de discapacidad en Santiago de Cali.				
Sub-Actividad	**Entornos**	**Cantidad**	**Producto final**	**Características y especificaciones técnicas para la ejecución de las actividades y del producto**
1. Realizar valoración institucional del procedimiento de certificación de discapacidad y registro de localización y caracterización de personas con discapacidad.	Institucional	1.623	1. Relación de los profesionales que Conforman los equipos multidisciplinarios que desarrollaran las valoraciones institucionales y domiciliarias.	1. Matriz / rejilla (ID01) en formato Excel denominado “Rejilla talento humano”, con la relación del talento humano que conforma los equipos multidisciplinarios. (*Suministrado por Secretaría de Salud*). Se debe anexar el PDF del Rethus actualizado. Para el caso de trabajadores sociales, presentar el certificado de inscripción ante el Consejo Nacional de Trabajo Social (CNTS).
			2. Cronograma y plan de trabajo, de las valoraciones institucionales y domiciliarias.	2. Cronograma de actividades y plan de trabajo; Matriz / rejilla en formato Excel (ID04), denominado “Cronograma _ Plan de trabajo”. (*Suministrado por Secretaría de Salud*).
			3. Documento técnico soporte de agendamiento de citas, de las valoraciones institucionales y domiciliarias.	3. Matriz / rejilla (ID02) en formato Excel denominado “Listado solicitudes”. (*Suministrado por Secretaría de Salud*).
			4. Matriz de Seguimiento de valoraciones multidisciplinarias, de las valoraciones institucionales y domiciliarias.	4. Matriz / rejilla (ID03) en formato Excel denominado “Matriz seguimiento valoraciones”. (*Suministrado por Secretaría de Salud*).
			5. Certificados de las valoraciones clínicas institucionales.	5. Carpeta de evaluaciones realizadas con el documento en formato PDF individual, legible, orientación vertical, que contenga: El certificado generado en la plataforma SISPRO a cada persona valorada. Nota: En los casos que no se genere certificado por no tener condición de discapacidad, se debe registrar la novedad en la columna de observaciones de la Matriz / rejilla (ID02) denominado “Listado solicitudes”.
			6. Consentimiento informado.	6. Carpeta que contenga la relación de los consentimientos informados escaneados y firmados, presentados en archivo individual en formato PDF, de cada valoración clínica multidisciplinaria realizada.

			7. Informe de avance técnico.	7. Informe técnico de avance (formato Word y PDF firmado por el representante legal). Debe contener la descripción de las acciones desarrolladas en cumplimiento de los 6 puntos anteriores, así como el número de valoraciones realizadas.
Sub-Actividad	**Entornos**	**Cantidad**	**Producto final**	**Características y especificaciones técnicas para la ejecución de las actividades y del producto**
2. Realizar valoración domiciliaria del procedimiento de certificación de discapacidad y registro de localización y caracterización de personas con discapacidad.	Hogar	70	1. Certificados de las valoraciones clínicas domiciliarias.	1. Carpeta de evaluaciones realizadas con el documento en formato PDF individual, legible, orientación vertical, que contenga: El certificado generado en la plataforma SISPRO a cada persona valorada. Nota: En los casos que no se genere certificado por no tener condición de discapacidad, se debe registrar la novedad en la columna de observaciones del listado de solicitudes (Listado solicitudes convenio).
			2. Consentimiento informado.	2. Carpeta que contenga el documento escaneado en PDF, que corresponde al consentimiento informado debidamente firmado, por cada valoración clínica multidisciplinaria realizada.

Por último, se realiza ajuste al Plan Operativo en las cantidades de los productos a entregarse en el pago 3, los cuales quedarán descritos en el anexo del Plan Operativo – Versión 2.

PLAN OPERATIVO E.S.E. HOSPITAL GERIÁTRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL – Versión 2

Componente: BP-26005455 FORTALECIMIENTO DE LAS ADECUACIONES SOCIOCULTURALES Y AJUSTES RAZONABLES EN SALUD A GRUPOS POBLACIONALES VULNERABLES Y DIFERENCIALES EN SANTIAGO DE CALI.					
Actividad: Extender la cobertura en la implementación del procedimiento de certificación de discapacidad en Santiago de Cali.					
Subactividad	**Entorno**	**Producto final**	**Producto esperado pago 1**	**Producto esperado pago 2**	**Producto esperado pago 3**

1. Realizar valoración institucional del procedimiento de certificación de discapacidad y registro de localización y caracterización de personas con discapacidad.	Institucional	1.623 valoraciones clínicas multidisciplinarias institucionales	Número de valoraciones clínicas multidisciplinarias institucionales realizadas a la fecha de presentación de cuenta. Evidencias: 1. Relación de los profesionales que Conforman los equipos multidisciplinarios que desarrollaran las valoraciones institucionales y domiciliarias. 2. Cronograma y plan de trabajo, de las valoraciones institucionales y domiciliarias. 3. Documento técnico soporte de agendamiento de citas, de las valoraciones institucionales y domiciliarias. 4. Matriz de Seguimiento de valoraciones multidisciplinarias, de las valoraciones institucionales y domiciliarias. 5. Certificados de las valoraciones clínicas institucionales. 6. Consentimiento informado. 7. Informe de avance técnico	Número de valoraciones clínicas multidisciplinarias institucionales realizadas a la fecha de presentación de cuenta. Evidencias: 2. Cronograma y plan de trabajo. 3. Documento técnico soporte de agendamiento de citas. 4. Matriz de Seguimiento de valoraciones multidisciplinarias. 5. Certificados de las valoraciones clínicas institucionales. 6. Consentimiento informado 7. Informe de avance técnico.	Número de valoraciones clínicas multidisciplinarias institucionales realizadas a la fecha de presentación de cuenta. Evidencias: 2. Cronograma y plan de trabajo. 3. Documento técnico soporte de agendamiento de citas. 4. Matriz de Seguimiento de valoraciones multidisciplinarias. 5. Certificados de las valoraciones clínicas institucionales. 6. Consentimiento informado 7. Informe de avance técnico.
Subactividad	**Entorno**	**Producto final**	**Producto esperado pago 1**	**Producto esperado pago 2**	**Producto esperado pago 3**
2. Realizar valoración domiciliaria del procedimiento de certificación de discapacidad y registro de localización y caracterización de personas con discapacidad	Hogar	70 valoraciones clínicas multidisciplinarias domiciliarias	Número de valoraciones clínicas multidisciplinarias domiciliarias realizadas a la fecha de presentación de cuenta. Evidencias: 1. Certificados de las valoraciones clínicas domiciliarias. 2. Consentimiento informado.	Número de valoraciones clínicas multidisciplinarias domiciliarias realizadas a la fecha de presentación de cuenta. Evidencias: 1.Certificados de las valoraciones clínicas domiciliarias. 2. Consentimiento informado.	Número de valoraciones clínicas multidisciplinarias domiciliarias realizadas a la fecha de presentación de cuenta. Evidencias: 1.Certificados de las valoraciones clínicas domiciliarias. 2. Consentimiento informado.

En consecuencia, se hace necesario modificar la CLAUSULA NOVENA - VALOR Y FORMA DE PAGO, la cual quedara así:

El valor de la adición se pagará en la tercera cuota, es decir, según se relaciona a continuación:

El valor del contrato será cancelado en tres (03) cuotas así: Una primera (1) cuota con el número de valoraciones clínicas multidisciplinarias realizadas a la fecha de la presentación de la cuenta de cobro (pago por evento), con las evidencias estipuladas en el plan operativo (anexo 1), una segunda (2) cuota con el número de valoraciones clínicas multidisciplinarias realizadas a la fecha de la presentación de la cuenta de cobro (pago por evento), junto con las evidencias estipuladas en el plan operativo (Versión 2) y una tercera y última (3) cuota con el número de valoraciones clínicas multidisciplinarias realizadas a la fecha de la presentación de la cuenta de cobro (pago por evento), junto con las evidencias estipuladas en el plan operativo - Versión 2.



HARRY NARVÁEZ CORREA
Profesional Universitario
Secretaría de Salud del Distrito Especial de Santiago de Cali.

Proyectó: Harry Narváez Correa – Profesional Universitario Sara Lucia Campuzano Pineda- Contratista; Stephania Miranda Puertas – Contratista
Elaboró: Gloria Narváez Reyes – Contratista
Revisó: Carlos Eduardo Pinzón Flórez – Subsecretaría de Promoción, Prevención y Producción Social de la Salud
Ángel Javier Angulo – Contratista
Jhon Jairo Caicedo - Contratista

En atención del desarrollo de nuestros Sistemas de Gestión y Control Integrados le solicito comedidamente diligenciar la encuesta de satisfacción de usuario accediendo al siguiente enlace:
http://www.cali.gov.co/aplicaciones/encuestas_ciudadano/view_encuesta_satisfaccion.php