DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CÓDIGO: CO-P1-F1
	INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN	FECHA: 28/01/2022
	PROCESO DE CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 de 1

1. DATOS DEL INFORME

INFORME No.	1	PERIODO A EVALUAR	5 DE JULIO DE 2023 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2023

CLASE (marcar con una x)		NÚMERO DEL CONTRATO U ORDEN CONTRACTUAL			FECHA DEL CONTRATO
CONTRATO		SS-343-2023			4 DE JULIO DE 2023
ORDEN CONTRACTUAL		No. CDP:	Nro. 1518 DE 20-JUNIO-2023	No. RP:	Nro. 3333 DE 4-JULIO-2023

2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

NOMBRE CONTRATISTA:	ESE HOSPITAL SAN JOSE DE CANALETE
NIT / CEDULA DE CIUDADANIA:	NIT 812.001.868-6
OBJETO DEL CONTRATO:	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PARA GARANTIZAR LA REALIZACION DE LAS VALORACIONES MULTIDISCIPLINARIAS PARA LA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD, Y EL REGISTRO PARA LA LOCALIZACION Y CARACTERIZACION DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.
FECHA ACTA DE INICIO:	5 DE JULIO DE 2023
FECHA DE TERMINACIÓN:	31 DE DICIEMBRE /2023
DURACIÓN:	180 DIAS
TIEMPO DE PRORROGA O MODIFICATORIO (SI APLICA)	N/A
TIEMPO FINAL DE EJECUCIÓN:	HASTA 31 DE DICIEMBRE DE 2022 O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO, LO PRIMERO QUE OCURRA.
AVANCE EN TIEMPO:	100%
VALOR INICIAL	$ 63.951.871
VALOR REAJUSTE:	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 63.951.871

FUENTE DE FINANCIACIÓN:	SPGR		CONVENIOS		RECURSOS PROPIOS	
	OTRO (Especifique)		TRANSFERENCIAS NACIONALES			

OBSERVACIONES:

3. ASPECTO LEGAL

GARANTÍAS:	CUMPLIMIENTO, PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND CALIDAD DEL SERVICIO		
VALOR ASEGURADO:	15,987,967.75	VIGENCIA:	05/01/2027
ASEGURADORA:	Solidaria de Colombia	NÚMERO DE PÓLIZA:	540 47 994000026286

CLASES DE GARANTÍAS	%	CUANTÍA	DURACIÓN	
			DESDE	HASTA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.		6,395,187.10	28/06/2023	05/07/2024
MANEJO Y BUENA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.				
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES DEL PERSONAL EMPLEADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.		3,197,593.55	28/06/2023	05/01/2027
ESTABILIDAD DE LA OBRA.				
RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL (PREDIOS, OPERACIONES Y LABORES)				
CALIDAD DEL SERVICIO.		6,395,187.10	28/06/2023	05/07/2024
CALIDAD DE LOS BIENES.				
CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS.				
PERMISOS, LICENCIAS Y DEMÁS REQUERIDOS				

NOTA: En caso de requerir licencias o permisos para ejecutar las actividades contractuales, se deben relacionar y validar su cumplimiento

OBSERVACIONES:

ESTAMPILLAS Y TRIBUTOS DEPARTAMENTALES	ESTADO PAGO (DILIGENCIAR EL ESTADO DE PAGO DE LOS TRIBUTOS, EN CASO DE HABER PAGADO EL 100% MARQUE PAGO TOTAL, EN CASO DE PAGO PARCIAL, DILIGENCIE LA INFORMACIÓN "ACUERDO DE PAGO")

DESCRIPCIÓN DEL TRIBUTO	%	CUANTIA	PAGO TOTAL	PAGO PARCIAL	ACUERDO DE PAGO			
					No. Acuerdo	Fecha Acordada	No Cuota pagada periodo	Estado da la fecha del informe
Estampilla Pro Cultura	0,5%							
Estampilla para el bienestar del adulto mayor	3,0%							
Estampilla Pro Desarrollo Económico	2,0%							
Estampilla Pro Desarrollo Departamental	2,0%							

NOTA: El porcentaje de las estampillas están de acuerdo a la ordenanza 034 de 2020. en caso de alguna modificación, el supervisor debe actualizar esta información en el formato

4. CUMPLIMIENTO

(Aquí se describe si el contratista está cumpliendo o incumpliendo sus obligaciones pactadas en el contrato)
Se pueden insertar los espacios necesarios por cada obligación contractual adquirida

OBLIGACIÓN No. 1: .Recibir las ordenes de valoración las valoraciones multidisciplinarias para la certificación de discapacidad, y el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad	% CUMPLIMIENTO	87.74%

ACTIVIDADES	MOSTRÓ EVIDENCIAS	
	SI	NO
La ESE Hospital recibió las ordenes de valoración, las valoraciones multidisciplinarias para la certificación de discapacidad, y el Registro para la localización y caracterización de personas con Discapacidad.	x	
OBLIGACIÓN No. 2: Asignar cita para valoración en un término no mayor a 10 dias hábiles posteriores a la comunicación de la orden, indicando al solicitante o excepcionalmente a la persona de apoyo, la fecha, hora y lugar donde se llevará a cabo, indicando la documentación que debe aportar el dia de la cita (documento de identidad, Historia		

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CÓDIGO:CO-P1-F1
	INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN	FECHA: 28/01/2022
	PROCESO DE CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 de 1

La ESE asignó 373 citas para valoración en un término no mayor a 10 días hábiles posteriores a la comunicación de la orden, indicando al solicitante o excepcionalmente a la persona de apoyo, la fecha, la hora y lugar donde se llevaría a cabo, indicando la documentación que debían aportar el día de la cita (documento de identidad, historia clínica, con diagnostico CIE VIGENTE, relacionado con la discapacidad, emitido por el médico tratante del prestador de servicios de salud de la red EPS a la que se encuentre afiliado el interesado.	x	
OBLIGACIÓN No. 3: Garantizar que, en la consulta con el equipo multidisciplinario de salud, se cuente con apoyos y ajustes razonables, acorde con las necesidades de cada solicitante, definidas por el médico tratante, de acuerdo con las siete (7) categorías de discapacidad contempladas en el procedimiento para certificación de discapacidad.	**% CUMPLIMIENTO**	**87.74%**
ACTIVIDADES	MOSTRÓ EVIDENCIAS	
	SI	NO
La ESE Hospital garantizó que, en la consulta con el equipo multidisciplinario de salud, se contara con apoyos y ajustes razonables, acorde con las necesidades de cada solicitante, definidas por el médico tratante, de acuerdo con las siete (7) categorías de Discapacidad contempladas en el procedimiento para certificación de Discapacidad. (Sillas de ruedas, pasamanos, ramplas, camillas, entre otros).	x	
OBLIGACIÓN No. 4Garantizar la realización de mínimo 10 valoraciones semanales en cumplimiento de la resolución 1239 de 2022, teniendo en cuenta que el promedio de tiempo para cada una es de 40 minutos.	**% CUMPLIMIENTO**	**87.74%**
ACTIVIDADES	MOSTRÓ EVIDENCIAS	
	SI	NO
La ESE garantizó la realización de minino diez (10) valoraciones semanales en cumplimiento de la resolución 1239 de 2022, teniendo en cuenta que el promedio de tiempo para cada una es de 40 minutos. Realizaron las valoraciones en 20 semanas, realizando en promedio 18 valoraciones por semana	x	
OBLIGACIÓN No. 5: Garantizar la toma de decisiones libres e informadas por parte de las personas con discapacidad, asegurándose que la persona solicitante comprende de qué se trata la realización del procedimiento de certificación de discapacidad, que la información que de este se derive y su resultado se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y que esa información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de politicas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantia de los derechos de las personas con discapacidad, como medio de verificación de la existencia de discapacidad o priorización para programas sociales y para el redireccionamiento a la oferta programática institucional; a través del diligenciamiento del consentimiento informado del solicitante o excepcionalmente la persona de apoyo.	**% CUMPLIMIENTO**	**87.74%**
ACTIVIDADES	MOSTRÓ EVIDENCIAS	
	SI	NO
La ESE HOSPITAL garantizó la toma de decisiones libres e informadas por parte de las personas con Discapacidad, asegurándose que la persona solicitante comprendiera de que se trataba la realización del procedimiento de certificación de Discapacidad, que la información que de este se procediera y su resultado se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de personas con Discapacidad, y que esa información sería utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con Discapacidad, como medio de verificación de la existencia de Discapacidad o priorización para programas sociales y para el re direccionamiento a la oferta programática institucional; a través del diligenciamiento del consentimiento informado del solicitante o excepcionalmente la persona de apoyo.	x	
OBLIGACIÓN No. 6: Realizar el procedimiento de valoración clinica multidisciplinaria, a través de un equipo de profesionales de disciplinas diferentes, donde se incluya 1 médico general o especialista y 2 profesionales de alguna de las siguientes áreas: enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, optometría, psicología o trabajo social, quienes deberán estar incluidos en el directorio nacional de certificadores de discapacidad.	**% CUMPLIMIENTO**	**87.74%**
ACTIVIDADES	MOSTRÓ EVIDENCIAS	
	SI	NO
La ESE realizó el procedimiento de valoración clínica multidisciplinaria, a través de un (1) equipo de profesionales de disciplinas diferentes. Los cuales se encuentran incluidos en el directorio nacional de certificadores de discapacidad. El equipo estuvo conformado por Médico general, fisioterapeuta y enfermera.	x	
OBLIGACIÓN No. 7: Emitir y entregar el certificado (máximo en 5 días hábiles posteriores a la valoración), si el resultado establece que la persona solicitante tiene discapacidad y socializar información acerca de los usos del certificado.	**% CUMPLIMIENTO**	**87.74%**
ACTIVIDADES	MOSTRÓ EVIDENCIAS	
	SI	NO
La ESE Hospital emitió y entregó el certificado (máximo en 5 días hábiles posteriores a la valoración o de forma inmediatamente), y así el resultado estableciera que la persona solicitante tuviera discapacidad y con ello socializar información acerca de los usos del certificado.	x	
OBLIGACIÓN No. 8: Si el resultado establece que la persona solicitante no tiene discapacidad, no se generará certificado, y el equipo multidisciplinario de la institución deberá brindar información de acuerdo a lo establecido en la resolución 1239.	**% CUMPLIMIENTO**	**87.74%**
ACTIVIDADES	MOSTRÓ EVIDENCIAS	
	SI	NO
El equipo multidisciplinario no emitió certificados a las personas que luego de la valoración se determinó que no tienen discapacidad	x	
OBLIGACIÓN No.9: Realizar la entrega de un informe final consolidado del proceso de certificación, registro de localización y caracterización efectiva, realizado en formato institucionalizado para tal fin en medio físico y magnético previa finalización del plazo de ejecución del presente contrato	**% CUMPLIMIENTO**	**87.74%**
ACTIVIDADES	MOSTRÓ EVIDENCIAS	
	SI	NO

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CÓDIGO:CO-P1-F1
	INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN	FECHA: 28/01/2022
	PROCESO DE CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 de 1

DEL ORDEN NACIONAL

PAGOS PARAFISCALES			FECHA CAUSADA	PAGO SEGURIDAD SOCIAL	IBC	$
	SI	NO	dd/mm/aaaa	ENTIDADES	NUMERO DE PLANILLA	
CAJA DE COMPENSACIÓN		X	SALUD	NUEVA EPS SALUD TOTAL	FISIOTERAPEUTA -JINA LUZ ALVAREZ SARMIENTO NUMERO DE PLANILLAS JULIO: 4505477778 AGOSTO: 4515870321 SEPTIEMBRE: 4520583703 OCTUBRE: 4526101964 NOVIEMBRE: 4531083192 DICIEMBRE: 4533630549 ENFERMERA YINARIS ROMERO PEREZ JULIO: 7889209897 AGOSTO: 7893157869 SEPTIEMBRE: 7896758456 OCTUBRE: 4526877725 NOVIEMBRE: 7907751648 DICIEMBRE: 4536064161 MEDICO- RAUL CAUSIL VEGA NUMERO DE PLANILLAS: JULIO: 7886946548 AGOSTO: 7890885782 SEPTIEMBRE: 7895562310 OCTUBRE: 7899280883 NOVIEMBRE: 7904114310 DICIEMBRE: 7907638231	
SENA			PENSIÓN	PORVENIR	PERIODO	FECHA PAGO
ICBF			ARL	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	julio - diciembre	mensual

NOTA: Es responsabilidad del supervisor verificar el pago de los parafiscales y seguridad social, de acuerdo a lo establecido por ley. En el caso de requerir contractualmente un equipo de trabajo, se debe aportar el listado del personal contratado.

PERSONA JURIDICA REPRESENTANTE LEGAL				
	SI	NO		
APORTE DE CERTIFICADO			FECHA	

5. ASPECTO TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO

(CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS EN RELACIÓN AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL Y LOS RIESGOS Y OPORTUNIDADES EN EL DESARROLLO DEL MISMO

MODIFICACIONES AL CONTRATO

MODIFICACIÓN CONTRACTUAL	NÚMERO	FECHA DE MODIFICACIÓN	TIEMPO DE PRORROGA	VALOR DE LA ADICIÓN	JUSTIFICACIÓN DE LA MODALIDAD CONTRACTUAL
-	-	-	-	$ 0,00	-
-	-	-	-	$ 0,00	-
-	-	-	-	$ 0,00	-

NOMBRE DEL CEDENTE	-	IDENTIFICACIÓN	-	VALOR	$ 0,00
NOMBRE DEL CESIONARIO	-	IDENTIFICACIÓN	-		

TERMINACIÓN ANTICIPADA	FECHA DE TERMINACIÓN	ACTA DE TERMINACIÓN	SI		FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA
	dd/mm/aa		NO		

CONTRATO:		

6. ASPECTO FINANCIERO

FORMA DE PAGO(Anexar forma de pago del contrato, cuadro de cantidades (si aplica)):	CLAUSULA CUARTA - DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS. EL DEPARTAMENTO DE CORDOBA, cancelará el valor del futuro contrato en PAGOS PARCIALES a monto agotable de acuerdo con los CERTIFICADOS DE DISCAPACIDAD EMITIDOS, previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor del contrato. PARÁGRAFO PRIMERO: Para cada pago el contratista debe presentar su respectivo informe, incluyendo los certificados, consentimiento informado, soportes e historia clínica con diagnóstico CIE 10 en formato PDF al correo del supervisor del contrato y cargados en SECOP II, acta de ejecución, cuenta de cobro y/o factura, certificación expedida por el supervisor de recibido a satisfacción, constancia expedida por el Representante legal, Contador Público y/o Revisor Fiscal del pago de seguridad social integral y aportes parafiscales.			
VALOR DEL CONTRATO:	$ 63.951.871,00			
VALOR PAGADO:	$ 0			
VALOR EN TRAMITE DE PAGO:	$ 0			
SALDO:	$ 63.951.871,00			
VALOR A CANCELAR EN LETRAS Y NÚMEROS DE CONFORMIDAD A ESTE INFORME:	CINCUENTA Y CINCO MILLONES TRECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MILTRECIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS $55.357.378			
NUEVO SALDO A FAVOR DE LA GOBERNACIÓN:	$ 8.594.493			
RELACIONAR EL NUMERO DE EGRESO DE LOS PAGOS				
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	% AVANCE FISICO	87.74%	% AVANCE FINANCIERO	
OBSERVACIÓN:				

7. ASPECTO CONTABLE

Factura / Cuenta de Cobro N.º	Fecha	Valor de la Factura	Amortización	Descuentos (Detalle/Valor)		Valor Pagado

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CÓDIGO:CO-P1-F1
	INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN	FECHA: 28/01/2022
	PROCESO DE CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 de 1

8. ASPECTOS AMBIENTALES

Cumplimiento de los aspectos ambientales de acuerdo al objeto contractual (SI APLICA)

9. RELACIÓN DE ANEXOS

DESCRIPCIÓN DE LOS ANEXOS	MARQUE CON UNA (X) LA FORMA DE PRESENCACIÓN DE LOS ANEXOS QUE HACEN PARTE INTEGRAL DEL INFORME				
	INFORME FÍSICO	MÁGNETICO	FOTOS	SECOP II	OTRO, CUAL?

10. EVALUACIÓN DE PROVEEDOR

	(Marcar con una x)			
ITEM	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
CALIDAD DEL PRODUCTO		x		
CUMPLIMIENTO EN TIEMPO		x		
CUMPLIMIENTO EN CANTIDAD		x		
CALIDAD DEL SERVICIO		x		

OBSERVACIONES:

NOMBRE DEL SUPERVISOR: CARLOS VASCO ALVAREZ	
CARGO:	SECRETARIO DE SALUD
FIRMA:	
FECHA DE INFORME:	21/06/2024