Nota: (Diligenciar los cuadros con la información del contrato y acta de inicio)

Informe de Supervisión No:	01
Contrato No:	202401860

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO MATERNO INFANTIL DE SABANALARGA CEMINSA		
Identificación:	802.010.241-0		
Tipo de Contrato:	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO		
Nombre del Supervisor:	ROSMERY WEHEDEKING PAEZ		
Objeto del Contrato:	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PARA LA COFINANCIACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD Y LA IMPLEMENTACIÓN DEL REGISTRO DE LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD, EN VIRTUD A LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 000619 DEL 11 DE ABRIL DE 2024**.**		
Plazo de Ejecución:	El convenio tendrá un plazo de ejecución hasta el treinta y uno (31) de diciembre de 2024, contados a partir de la suscripción del acta de inicio, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución		
Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	202401676	**Fecha de C.D.P.**	20/06/2024
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202406562	**Fecha del R.P.**	31/10/2024

Valor del Contrato		
	Contrato Inicial	$ 38.847.489
	Adición 1	$
	Adición 2	$
	Adición 3	$
	Total	$ 38.847.489

Fecha de inicio del contrato	**Fecha de terminación del contrato**	**Fecha de Suspensión del contrato**	**Fecha de reinicio**
31/10/2024	31/12/2024		

1.1 MODIFICACIONES DEL CONTRATO

(Relacionar Adiciones y/u Otro sí, Si aplica)

DOCUMENTO	FECHA SUSCRIPCION AAA/MM/DD	PRÓRROGA DEL PLAZO (meses y/o días)	ADICIÓN VALOR ($)	OBSERVACIÓN
OTROSI MODIFICATORIO No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. 202401860	2024/12/18	NA	NA	modificar la cláusula quinta del Convenio interadministrativo No. 202401860. La cual quedará de la siguiente manera: "CLÁUSULA QUINTA. FORMA DE REALIZAR LOS DESEMBOLSOS DEL APORTE

2. GARANTIAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (según se establezcan en el Contrato)

Nota: Aplica solo para Informes de supervisión de Bienes y suministros.

Aseguradora	**No de Póliza**	**Actualización de Póliza (En caso que aplique)**	**Amparos**	**Vigencia**	
				Desde	**Hasta**

				(yyyy-mm-dd)	(yyyy-mm-dd)
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	Calidad del servicio	NO APLICA	NO APLICA
			Cumplimiento	NO APLICA	NO APLICA
			Anticipo	NO APLICA	NO APLICA
			Pago anticipado	NO APLICA	NO APLICA
			Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados	NO APLICA	NO APLICA
			Salarios y prestaciones	NO APLICA	NO APLICA
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	Responsabilidad Civil Extracontractual	NO APLICA	NO APLICA
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	Otros	NO APLICA	NO APLICA

3. ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO (*)

DESCRIPCIÓN		VALOR
Valor del Contrato Inicial		**$** 38.847.489
Adición No. 1		**$**
Adición No. 2		**$**
Adición No. 3		**$**
Valor Total del contrato		**$** 38.847.489
Porcentaje del Anticipo	**%**	**$**
Porcentaje del Pago anticipado	**%**	**$**
Valor Amortizado del Anticipo		**$**
Valor Ejecutado del Contrato		**$ 36.600.156**
Valor por ejecutar		**$** 2.247.333
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 36.600.156**
No. Factura o Cuenta de Cobro		**CMI1274**

4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES DEL PERIODO A 31 DE DICIEMBRE 2024.

Las actividades desarrolladas por el contratista en el periodo descrito anteriormente, relacionadas con cada una de las obligaciones específicas establecidas en los estudios previos de la contratación se desagregan a continuación y así mismo se detallan las evidencias o soportes, con lo cual se verifica el cumplimiento a satisfacción de la obligación establecida:

Detalle de las Actividades Realizadas	
Obligación	**Producto**
a) Contar con equipos multidisciplinarios conformados por profesionales registrados en el directorio nacional de Certificadores de Discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social.	La ESE cuenta con 2 Equipos multidisciplinarios registrados en el directorio nacional de Certificadores de Discapacidad, los cuales son Médicos, Enfermeras, Trabajadoras social y Fisioterapeutas.

b) Disponer de agendas abiertas para la asignación de citas con el equipo multidisciplinario de salud.	Se realizaron las valoraciones de los usuarios por el equipo interdisciplinario de lunes a viernes en el horario comprendido de 7 am a 5 pm y los sábados de 7:00am a 1:00pm estableciendo la meta de 24 pacientes diarios, previamente agendados.
c) 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.	La ESE adoptó todas las adecuaciones necesarias para facilitar el acceso de los usuarios en condición de discapacidad.
d) Realizar la inscripción como entidad usuaria y obligada a reportar información, a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO.	La ESE Hospital Materno Infantil de Soledad se encuentra inscrita en la plataforma SISPRO junto con los profesionales que hacen parte de la entidad, de esta manera garantizamos de que todos los profesionales que hacen parte del equipo multidisciplinario se encuentren habilitados en la plataforma y que toda la información necesaria de certificaciones de cada usuario en condición de discapacidad pueda estar cargada en la plataforma.
e) Reportar y actualizar los usuarios institucionales que ingresaran a los sistemas de información, mediante la plataforma PISIS del Ministerio, en representación de la Entidad.	La ESE realizó el cargue del archivo plano en TXT en la cual se hizo la solicitud de los Roles por cada talento humano que hace parte del equipo multidisciplinario mediante la plataforma SISPRO garantizando de esta manera que todos los usuarios quedaran habilitados.
f) Disponer de la infraestructura técnica, tecnológica y administrativa requerida para el reporte de la información resultante del procedimiento de certificación de discapacidad en el RLCPD.	Se conto con una infraestructura adecuada y espaciosa la cual facilita el acceso y la adaptación de los usuarios para que puedan trasladarse sin ninguna limitación. También contamos con sillas de ruedas, bastones, caminadores y muletas disponibles para todos los usuarios que lo ameriten y el talento humano se encuentra certificado en lenguaje de señas y abordaje de las MIUT.
g) Entregar copia del certificado cuando la persona con discapacidad o excepcionalmente su representante lo requiera.	La ESE hace entrega de las certificaciones de manera inmediata después de cada valoración.
h) Informar los usos del certificado de discapacidad a las personas registradas.	La ESE informó a cada usuario antes de la valoración y certificación cuales son los usos del certificado de discapacidad.
2. Responder por las irregularidades y reclamaciones que se presenten, en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a la población y aplicar las medidas correctivas pertinentes.	La ESE responde a cualquier solicitud realizada por los Municipios para garantizar la prestación del servicio a los usuarios en condición de discapacidad.
3. Garantizar la ejecución, monitoreo, seguimiento y difusión del presente convenio.	La ESE garantizó la ejecución y monitoreo del convenio interadministrativo del presente convenio. Se realizaron los seguimientos necesarios para dar cumplimiento al convenio interadministrativo entre la ESE y SSD
4. Implementar el Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad.	La E.S.E cuenta con el PAMEC actualizado dirigido por Calidad.
5. Suministrar la información necesaria, permitir el acceso e inspección de sus instalaciones, responder oportunamente las comunicaciones, facilitar las condiciones para el desempeño de la Supervisión del convenio integral. Los documentos soportes de las personas con discapacidad a quienes se les presten servicios de salud con cargo a este convenio.	La ESE suministró toda la información necesaria y realizó todas valoraciones respectivas a las cuales se les hizo entrega de la certificación de discapacidad a cada usuario de manera inmediata.

6. Presentar al Supervisor en las fechas indicadas informes sobre la ejecución del convenio.	La ESE cumplió con el envió de información acorde a las solicitudes de la ET.
7. Prestar los servicios de salud a que haya lugar en caso de fallos de tutela.	La ESE garantizo valoraciones de acuerdo a los fallos de tutela y requerimientos solicitados por las ET.
8. El incumplimiento de las obligaciones del convenio dará lugar a las sanciones de ley, respetando el debido proceso.	NO APLICA
9. Acatar las observaciones que le formule el Supervisor durante la vigencia, y subsanar cualquier deficiencia en la prestación del servicio.	Todas las observaciones recibidas por parte de secretaria de salud departamental fueron realizadas con el fin de dar cumplimiento al convenio interadministrativo de discapacidad.
10. Salvaguardar la información confidencial que tenga en desarrollo de sus actividades, salvo requerimiento por autoridad competente.	La ESE cuenta con un correo institucional donde se realiza todas las solicitudes y respuestas frente a los diferentes municipios sobre cada usuario en condición de discapacidad.
11. Responder por la calidad de los servicios médicos prestados.	El ESE cumplió con calidad los servicios prestados a los usuarios, ya que cuenta con un equipo multidisciplinario exclusivo para realizar las respectivas valoraciones y certificaciones.
12. Asumir cualquier compromiso que pudiere serle impuesta al Cooperante por violación de la ley en la ejecución del presente convenio.	NO APLICA
13. Prestar los servicios de manera independiente, esto es, sin subordinación laboral. Utilizando los recursos logísticos propios de su actividad.	La ESE cuenta con todos los recursos logísticos con las cuales realizó todas las actividades durante el convenio interadministrativo.
14. Acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral para la realización de cada pago derivado del convenio, así como los propios del SENA, ICBF y cajas de compensación familia, cuando corresponda.	El contratista durante la ejecución contractual acreditó estar al día con los aportes al sistema de seguridad social.

NOTA: Se relacionan las actividades realizadas por el contratista durante el plazo de ejecución del contrato.

5. NOVEDADES O SITUACIONES ANORMALES PRESENTADAS DURANTE EL DESARROLLO DEL CONTRATO

Durante el presente período no se han presentado novedades o situaciones anormales que afecten el desarrollo del contrato.

(En caso contrario describir la situación y las acciones de la supervisión)

6. RESUMEN DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA SUPERVISIÓN.

a) Seguimiento financiero y presupuestal del contrato.
b) Conformación, actualización y seguimiento del expediente con la documentación relacionada con la ejecución del contrato.
c) Verificación del pago de Estampillas
d) Verificación de la vigencia de la garantía exigida en el contrato.
e) Verificación y aprobación de los soportes necesarios para el pago.
f) Expedición de la certificación del recibo a satisfacción correspondiente al periodo descrito, de conformidad con el servicio recibido.
g) Trámite de reconocimiento y pago de honorarios ante la Oficina de Contabilidad

Y todas las demás obligaciones del contrato establecidas en los Estudios Previos, Anexos, y el Manual de Contratación.

7. CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA RELACIONADAS CON EL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y APORTES PARAFISCALES (Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, Leyes 828 de 2003, 1122 de 2007, 1150 de 2007 y 1562 de 2012, Decretos 1072 de 2015 y 1273 de 2018 y demás normas concordantes).

ROSMERY WEHEDEKING PAEZ quien actúa en nombre y representación del Departamento del Atlántico, en calidad de Supervisor, deja constancia que el contratista ejecutó a cabalidad el objeto del contrato conforme a lo señalado en el Estudio previo, y verificó el cumplimiento de las obligaciones del contratista con los sistemas de Seguridad Social Integral en salud, pensiones y riesgos laborales, información que se puede constatar en la planilla certificación de pago correspondiente al periodo aquí relacionado.

ANEXO CONTROL DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL (*)

Número de la Cuenta de Cobro	Número de la Planilla	Fecha de Pago Planilla	Valor Total de la Planilla (sin intereses)
N.A	N.A	N.A	N.A
N.A	N.A	N.A	N.A
	SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS		N.A

(La sumatoria total de las planillas sin intereses debe ser igual al pago de la seguridad social sobre el 40% del valor del contrato)

NOTA: Aplica para persona natural. Para persona jurídica, anexar certificación del pago de planillas de Seguridad Social por parte del Representante Legal y/o Revisor Fiscal con los soportes asociados.

Se firma en Barranquilla, a los 31 días del mes de Marzo de 2025.

ROSMERY WEHEDEKING PAEZ
FIRMA DEL SUPERVISOR
C.C: 32.772.787

DÉBORA ISABEL VILLA VILLA
FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C: 36.722.441.