ALCALDÍA DE FUNZA	**INFORME DE SUPERVISIÓN** **11-FR-83**

ASPECTOS GENERALES		
Tipo de Informe	Avance: __X___ Final: _____	Fecha de elaboración: 6/05/2026
Periodo del informe	Desde: 29/03/2026	Hasta: 28/04/2026
Contrato celebrado con recursos de Inversión _____X_____ Funcionamiento _____ Nota: Únicamente el evento en que se trate de recursos de inversión se deberá diligenciar la información relacionada con: proyecto, programa, subprograma y metas, en el evento de tratarse de recursos de funcionamiento NO deberá diligenciarse dicha información.		
Responsable del Proyecto: (Dependencia responsable) SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL		Nombre del Proyecto: Fortalecimiento y Desarrollo del programa de discapacidad en el Municipio de Funza.
Nombre el programa: Inclusión sin barreras		Nombre del subprograma: N/A

Número de la meta	Descripción de la (s) meta (s)
89	"Implementar 1 estrategia de atención para personas con discapacidad sensorial visual y sensorial auditiva".

DATOS GENERALES DEL CONTRATO	
Tipo de contrato:	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS APOYO A LA GESTIÓN
No. Contrato:	CPS-0755-2026 **LUZ ANGELA PINTA TOBAR**
Plazo de ejecución:	6 MESES
Fecha de suscripción del contrato:	29/01/2026
Fecha de acta de inicio:	29/01/2026
Fecha de terminación:	28/07/2026
Prórrogas del contrato*:	Fecha: N/A Tiempo de la prórroga: N/A Nueva fecha de terminación: N/A
Suspensión*:	Fecha: N/A Tiempo de la suspensión: N/A Nueva fecha de terminación: N/A
Ampliación de la suspensión*:	Fecha: N/A Tiempo de la ampliación: N/A Nueva fecha de terminación: N/A
Valor inicial del contrato:	QUINCE MILLONES DE PESOS MC/TE ($15.000.000)
Adiciones del contrato*:	Fecha: N/A Valor de la adición: N/A
Valor final del contrato:	QUINCE MILLONES DE PESOS MC/TE ($15.000.000)

INFORME DE SUPERVISIÓN
El suscrito supervisor, en cumplimiento de las obligaciones a su cargo, en desarrollo de las actividades de vigilancia y control sobre el contrato, presenta el siguiente informe, respecto de las actividades ejecutadas por el contratista en el período del **29 de marzo al 28 de abril de 2026**:

Obligaciones específicas del contratista	% Programado	% Alcanzado	Observaciones
1. Apoyar en la elaboración del plan de acción para la vigencia 2026 correspondiente al programa Inclusión sin barreras, para dar cumplimiento a la meta 89 del Plan de Desarrollo Funza Evoluciona 2024-2027.	100%	50%	Durante el periodo **29 de marzo al 28 de abril de 2026,** la contratista realizó el diligenciamiento de la ficha de seguimiento del plan de acción correspondiente al mes de marzo. **Nota:** la contratista presentó en la carpeta de evidencias la ficha de seguimiento, la cual fue verificada. https://drive.google.com/drive/folders/1eJGSseKYPxAQ2h75ZQOwLLOgyaIG8bN7
2. Coadyuvar como intérprete de lengua de señas colombiana L.S.C de manera virtual y/o presencial para los eventos o demás actividades programadas por la Secretaría de Desarrollo Social - Alcaldía Municipal de Funza.	100%	50%	Durante el periodo **29 de marzo al 28 de abril de 2026,** la contratista brindó servicio de interpretación en la conmemoración del cumpleaños de Funza, el día **22 de abril de 2026**. **Nota:** la contratista presentó en la carpeta de evidencias el registro fotográfico, la cual fue verificada. https://drive.google.com/drive/folders/1nGpBajNwQACIiZ9O8Cp5WAfSAJzL4ape
3. Brindar apoyo en el servicio como intérprete de lengua de señas colombianas a las personas sordas residentes en Funza, de conformidad con las solicitudes presentadas por los usuarios ante la Secretaría de Desarrollo Social, como también en las diferentes dependencias de la administración municipal y entes descentralizados.	100%	50%	Durante el periodo **29 de marzo al 28 de abril de 2026,** la contratista brindó un total de 40 servicios de interpretación a la comunidad sorda del municipio de Funza. **Nota:** la contratista presentó en la carpeta de evidencias los diferentes documentos que soportan los servicios prestados, los cuales fueron verificados. https://drive.google.com/drive/folders/1rNBQ4asm1bhaAALJmAObVqH3LWwTG9Kr
4. Promover la formación en lengua de Señas Colombianas a los cuidadores, padres de familia, y comunidad en general cuando sea necesario, mediante el desarrollo de sesiones de capacitación y enseñanza a los diferentes actores sociales ya mencionados.	100%	50%	Durante el periodo **29 de marzo al 28 de abril de 2026,** la contratista realizó un taller con una asistencia de 8 personas entre usuarios y cuidadores. **Nota:** la contratista presentó en la carpeta de evidencias listado de asistencia y ficha metodológica.

			https://drive.google.com/drive/folders/1t41K6bc26lbxMMIMoWBCqRd_HesWUcxo?usp=drive_link
5. Realizar un (1) encuentro mensual presencial con padres y/o cuidadores de los usuarios con discapacidad vinculados al programa con el objetivo de informar y tratar temas de interés desde las diferentes áreas de atención en discapacidad.	100%	50%	Durante el periodo **29 de marzo al 28 de abril de 2026,** la contratista proyecta realizar esta actividad el 29 de abril del año en curso. **Nota:** la contratista presentó en la carpeta de evidencias https://drive.google.com/drive/folders/1XGkxE7FcAj_XtmSfMJk-jMSJRw6ktnNn
6. Realizar (2) encuentros presenciales con la comunidad y diferentes entes del municipio con el fin de realizar sensibilizaciones para concientizarlos sobre las posibilidades y potencialidades que tienen las personas con discapacidad.	100%	50%	Durante el periodo **29 de marzo al 28 de abril de 2026,** la contratista acompañó a la agencia de empleo en el taller de identificación de habilidades para el trabajo dirigido a las personas sordas, contando con la participación de 7 personas sordas. **Nota:** la contratista presentó en la carpeta de evidencias listado de asistencia https://drive.google.com/drive/folders/1ajp8o3D7s5a6TvwzQwZYLsGVImHyhAXN?usp=drive_link
7. Apoyar la programación, ejecución e implementación del programa Cuídate Tú Primero.	100%	50%	Durante el periodo del **29 de marzo al 28 de abril de 2026,** la contratista no recibió solicitudes de apoyo al programa.
8. Apoyar con el diligenciamiento de la herramienta digital de encuestas de satisfacción, alcanzando mensualmente un mínimo de diez (10) encuestas de la población atendida.	100%	50%	Durante el periodo **29 de marzo al 28 de abril de 2026,** la contratista solicitó la realización de 25 encuestas de satisfacción y lleva a corte de la cuenta un total de 26. **Nota:** la contratista presentó en la carpeta de evidencias documento de encuestas. https://drive.google.com/drive/folders/1zSVOqLT3NjyE_5CKz62xdZcNInUq98xr

De igual manera se procede a dejar a continuación constancia de la revisión del informe presentado por el contratista, así:

Fecha entrega informe del contratista:	6/05/2026
Soportes del informe:	Programación de servicios de interpretación y reporte de metas.
Observaciones sobre el informe del contratista:	Se revisan evidencias con la información otorgada.

En virtud de lo anterior, aprueba el informe de actividades presentado por el contratista, que se adjunta al presente informe: SI __X___ NO_____

Asimismo, y dado el estado financiero del contrato que se plasma en el siguiente cuadro*:

	CONTRATADO	PAGOS	% EJECUCION
VALOR DEL CONTRATO INICIAL	$15.000.000		
VALOR ADICIONADO:	0		
VALOR ACTUAL CONTRATO	$15.000.000		
PAGO 1*		$2.500.000	16.67%
PAGO 2*		$2.500.000	16.67%
VALOR A PAGAR SOPORTADO EN ESTE INFORME		$2.500.000	16.67%
VALOR TOTAL EJECUTADO		$7.500.000	50%
SALDO POR EJECUTAR		$7.500.000	50%

El suscrito supervisor del contrato avala el pago de esta cuenta por la suma de DOS MILLONES QUINIENTOS PESOS MC/TE ($2.500.000)

Verificación pago aportes sistema integral de seguridad social y parafiscales

Instrucción: Marcar con una equis (X)

El supervisor del contrato verificó el cumplimiento por parte del contratista de la obligación frente al pago de los aportes al sistema integral de seguridad social (salud, pensión y ARL): SI__X____ NO_____

El supervisor del contrato verificó el cumplimiento por parte del contratista de la obligación frente al pago de aportes al ICBF: SI_____ NO: _____ NO APLICA___X____

El supervisor del contrato verificó el cumplimiento por parte del contratista de la obligación frente al pago de aportes a Cajas de Compensación Familiar: SI_____ NO: _____ NO APLICA___X____

Soporte de la verificación: Planilla ___X___ Certificación expedida por _____
Representante legal o revisor fiscal

Se verificó para el periodo de tiempo al que corresponde el presente informe la correcta relación entre el monto cancelado y las sumas que debieron haber sido cotizadas, de conformidad con la ley 789 de 2002, art. 50.

ALCALDÍA DE FUNZA	**INFORME DE SUPERVISIÓN** **11-FR-83**

Actividades de tratamiento y monitoreo a la matriz de riesgo del contrato

Se ha realizado el monitoreo por parte de la supervisión, de acuerdo con el tratamiento y/o control de los riesgos establecido en la matriz de los estudios previos del contrato, para el efecto se presenta un el siguiente informe sobre el estado de cada uno de ellos:

(Se deben señalar los riesgos del contrato en su totalidad y en el caso de haberse materializado alguno, se deben indicar las acciones adelantadas para mitigar el mismo)

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	ESTADO	ACCIONES
Expedición de normas o lineamientos que cambien las condiciones pactadas en el contrato	Sin materializarse	No aplica
Factores de salud que generen incapacidad médica por un tiempo mayor a 5 días calendario consecutivo	Sin materializarse	No aplica
Eventualidades en las IEO, ajenas a las partes que impidan el acceso del contratista a las instalaciones y el avance de actividades (paros, factores climáticos, huelgas).	Sin materializarse	No aplica
Daños en los equipos asignados para el desarrollo de sus funciones	Sin materializarse	No aplica
Pérdida de información, documentos o expedientes entregados	Sin materializarse	No aplica

Estado de las garantías

DESCRIPCIÓN DE LOS AMPAROS	VIGENTE HASTA			VIGENTE		
	DIA	MES	AÑO	SI	NO	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

_____

IVONNE PAOLA SALAMANCA AREVALO
Secretaria de Desarrollo Social

Nota: En el evento de adjuntar soportes o evidencias de la ejecución del contrato, o informe detallado de supervisión, estos deberán ser cargadas en formato pdf en la plataforma secop II

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
RONALD MANOSALVA Profesional Universitario	IVONNE PAOLA SALAMANCA AREVALO Secretaria de Desarrollo Social	IVONNE PAOLA SALAMANCA AREVALO Secretaria de Desarrollo Social

*Los aquí firmantes manifestamos que hemos leído y revisado toda la información que obra en este documento, el cual se encuentra ajustado a la Ley.