Alcaldía Municipal de Soacha	ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA	CÓDIGO	GF-FR-F005	
		VERSIÓN	2	
		FECHA DE APROBACIÓN		
	TRAMITE DE PAGO	DD	MM	AA
	FORMATO DE INFORME DE SUPERVICIÓN	5	4	2024

SECRETARIA DE SALUD

I. INFORMACION DE SUPERVISION			
Fecha de Expedicion	Supervisor o Interventor		Teléfono o Ext.
DD MM AA	NOMBRE: CAROLA ESTHER PEÑA		7306060
31 de Octubre 2024	PROFESIONAL UNIVERSITARIO		
II. INFORMACION DE APOYO A LASUPERVISION			

III. INFORMACION CONTRACTUAL.		
Nombre o Razon social del contratista.		CC. / Nit
DIANA MILENA GUARIN CAUCALI		1024537198

IV. TIPO DE CONTRATO:		
Contrato O.P.S. Convenio	Fecha:	Contrato No.
X	10/09/2024	2285
FECHA INICIO:	Plazo inicial	Adición
11-09-2024	TRES (3) Meses y veinticinco (25) dias sin que supere al 31 de Diciembre 2024	

OBJETO
PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION DE APOYO A LA GESTION PARA EL APOYO EN LAS ACCIONES DEL PROGRAMA DE DISCAPACIDAD DE LA DIRECCION DE SALUD PUBLICA EN LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA

V. PERIODO CERTIFICADO		
Desde: DD/MM/AA	Hasta: DD/MM/AA	Informe No.
1/10/2024	31/10/2024	2

VI. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	VERIFICACIÓN
1. REALIZAR LA ATENCION DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE SOLICITEN LA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD Y LA RECEPCION DE LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS POR TAL FIN SEGUN LA RESOLUCION 1239 DEL 2022	Se entrega soporte en medio magnetico en CD 1.1 Escaner en pdf de planillas.
2. APOYAR EL DILIGENCIAMIENTO DE BASE DE DATOS DE LA POBLACION CON DISCAPACIDAD ATENDIDA	Se entrega soporte en medio magnetico en CD 2.1 Base de datos en excel de atencion al usuario
3.APOYAR EL DESARROLO DE LA RED DE DISCAPACIDAD DE MANERA MENSUAL.	Se entrega soporte en medio magnetico en CD 3.1 Acta preparacion de red de discapacidad acata original reposa en el
4. APOYAR LOS SEGUIMIENTOS DE LA POBLACION CON DISCAPACIDAD EN EL MES	Se entrega soporte en medio magnetico en CD 4.1 Base de Datos en Excel
5. REALIZAR DE FORMA MENSUAL 3 BUSQUEDA ACTIVA COMUNITARIA (BAC) PARA LA IDENTIFICACION DE POBLACION CON DISCAPACIDAD	Se entrega soporte en medio magnetico en CD 5.1 Escaner en pdf de planilla de bac.
6. REALIZAR EL REPORTE DE LA POBLACION CAPTADA EN BAC U OTRAS FUENTES DE INFORMACION QUE SE ENCUENTRE SIN ASEGURAMIENTO Y/O CON BARRERAS DE ACCESO AL SGSSS A LA REFERENTE DE LA DIMENSION	Se entrega soporte en medio magnetico en CD 6.1 Acta sin aseguramiento
7. APOYAR DE MANERA ARTICULADA CON LA DIMENSION NO TRANSMISIBLES LOS CASOS REPORTADOS POR LOS HOGARES DE PROTECCION ,ICBF,EDUCACION Y DESARROLLO SOCIAL CON EL FIN DE IDENTIFICAR POBLACION CON DISCAPACIDAD Y APOYAR EL PROCESO DE CERTIFICACION Y RLCPD	Se entrega soporte en medio magnetico en CD 7.1 Acta socializacion somos familia somos comunidad,original
8. APOYAR LAS JORNADAS DE VACUNACION (NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL) SEGÚN LA DIRECTRIZ DE LA DIRECCION DE SALUD PUBLICA.	Se entrega soporte en medio magnetico en CD 8.1 Acta Jornda departamental de vacunacion.
9. REALIZAR LAS INVESTIGACIONES EPIDEMIOLOGICAS DE CAMPO (IEC) Y ATENCION A BROTES DE LOS EVENTOS NOTIFICADOS AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (SIVIGILA) CUMPLIENDO LOS TIEMPOS Y LAS DIRECTRICES TECNICAS ESTABLECIDAS POR LOS PROTOCOLOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	Se entrega soporte en medio magnetico en CD 9.1 Archivo pdf iec

En mi calidad de supervisor, previa verificacion de los productos recibidos certifico que el contratista cumplió con las obligaciones en los términos y tiempos pactados, las cuales fuerón verificadas y se avala el presente informe de conformidad con el Articulo 83 y 84 de la ley 1474 de 2011.

Asi mismo, el supervisor certifica que el contratista realizó el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y arl, presentando las planillas originales de acuerdo con lo establecido en la ley 789 de 2002 y Decreto 1709 de 2002.

Firma del supervisor
CAROLA ESTHER PEÑA
PROFESIONAL UNIVERSITARIO
SECRETARIA DE SALUD