BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA	**PROCESO**: PROTECCION SOCIAL	**CODIGO**: FT 5300-01-05.02
	PROCEDIMIENTO: SUPERVISIÓN INTEGRAL DE CONVENIOS O CONTRATOS PARA LA OPERACIÓN DE LOS CENTROS DE PROTECCIÓN SOCIAL	**VERSION:** 01
	FORMATO: CERTIFICACION DE EJECUCION CONVENIOS DE ASOCIACION PARA LA ANTENCIÓN DE PERSONAS ADULTAS MAYORES Y CON DISCAPACIDAD MENTAL	**FECHA**: 07/04/2021

INFORMACION DEL ASOCIADO	
NOMBRE DEL ASOCIADO:	**CORPORACION SOCIAL JUNTOS XUA**
NIT ASOCIADO:	**900.430.218-8**
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:	**JORGE EDWING TABARES V.**
DIRECCION ELECTRONICA DEL ASOCIADO	corporacionsocialjuntos@gmail.com
INFORMACION DEL CONVENIO DE ASOCIACION	
Nº DE CONVENIO DE ASOCIACION:	**034 DE 2022**
LUGAR DE EJECUCION	**C.B.A. VILLETA**
PLAZO DE EJECUCION	**16 DE ABRIL DE 2022 - 31 DE AGOSTO DE 2022. ADICION A SEPTIEMBRE 30 DE 2022**

OBJETO DEL CONVENIO DE ASOCIACION PRINCIPAL: Aunar esfuerzos para la prestación de los servicios de protección integral a personas mayores en condiciones de amenaza o vulneración de derechos por exposición a violencia física, psicológica, sexual, negligencia, violencia intrafamiliar, en riesgo físico, social, moral, ambiental, situación de abandono, desplazamiento por grupos al margen de la ley, condiciones de vida no dignas; procedentes de Bogotá y/o Cundinamarca, los cuales serán atendidos en el Centro Bienestar del Anciano VILLETA (Municipio de Villeta - Cuundinamarca), o en cualquier otro Centro de propiedad de la Beneficencia de Cundinamarca.

DESIGNACION DE SUPERVISORES		
FECHA DE DESIGNACION	ABRIL DE 2021	
NOMBRE DE SUPERVISORES	**CARGO**	**TIPO DE SUPERVISIÓN** (Técnica, Financiera o Infraestructura)
NESTOR ARMANDO CASTAÑEDA C.	SUBGERENTE DE PROTECCION SOCIAL	SUPERVISOR TECNICO
ELDA ROCIO RODRIGUEZ CAJAMARCA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO S.P.S.	SUPERVISOR TECNICO

CERTIFICACION TECNICA				
NOMBRE DE SUPERVISORES	NESTOR ARMANDO CASTAÑEDA CASTAÑEDA			
	ELDA ROCIO RODRIGUEZ CAJAMARCA			
DEPENDENCIA	**SUBGERENCIA DE PROTECCION SOCIAL**			
EL ASOCIADO CUMPLIO A SATISFACCION CON EL OBJETO DEL CONVENIO	**SI**	**X**	**NO**	

CONTENIDO DE LA CERTIFICACION

El número de usuarios a atender en esta institución es de 80. El número de usuarios internos atendidos durante el mes de SEPTIEMBRE, se registró y revisó con sus respectivas novedades en la cuenta de cobro correspondiente al mes certificado.
* Se cumplió con la prestación de los servicios bajo las condiciones pactadas en el convenio mencionado, en lo que corresponde al mes de SEPTIEMBRE de 2022.
* El ASOCIADO presenta Certificación expedida por el revisor fiscal en la que deja constancia de estar al día en el pago de salarios, parafiscales, caja de compensación y aportes al sistema de seguridad social en salud, en el periodo certificado.
*El Asociado contó con el recurso humano solicitado en el anexo técnico.
* Ejecución del proceso de atención para los usuarios protegidos en el C.B.A. acorde a lo planeado. Dando cumplimiento al objeto contractual. Por concepto de supervisión técnica se genera descuento de personal no contratado: TERAPEUTA FISICO.
*Se realiza descuento correspondiente a recaudo de cuotas de corresponsabilidad, del mes certificado, según documento anexo a la cuenta.
*Se allegan soportes de ejecución de costos de realización, durante el mes cerrtificado, los cuales deberán ser revisados y avalados por la supervisión financiera y la supervisión de bienes.
*Siendo la SEXTA cuenta correspondiente al Convenio de Asociación No. 034 de 2022, el Operador presenta la documentación que evidencia cumplimiento en el pago de nómina, así como los informes requeridos por la supervisión técnica se allegaron vía e mail.
****No se evidencia en la cuenta descuento de aporte económico del operador, en las cuentas correspondiente al Convenio de Asociación No. 034 de 2022. de conformidad con la propuesta económica, convenio de asociación y estructura de costos. Descuento que deberá ser revisado y avalado por la Supervisión Financiera, a fin de verificar el momento en que se realice el respectivo aporte y verificar que corresponda al valor ofertado por el Operador.**

PERIODO A CERTIFICAR	**DEL**			**AL**		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
	1	**SEPTIEMBR**	**2022**	**30**	**SEPTIEMBRE**	**2022**

FIRMA DEL SUPERVISOR :	FECHA DE EXPEDICION CIUDAD : BOGOTA D.C		
	DIA	**MES**	**AÑO**
NESTOR ARMANDO CASTAÑEDA CASTAÑEDA	15	NOVIEMBRE	2022
ELDA ROCIO RODRIGUEZ CAJAMARCA			

BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA	**PROCESO**: PROTECCION SOCIAL	**CODIGO**: FT 5300-01-05.02
	PROCEDIMIENTO: SUPERVISIÓN INTEGRAL DE CONVENIOS O CONTRATOS PARA LA OPERACIÓN DE LOS CENTROS DE PROTECCIÓN SOCIAL	**VERSION:** 01
	FORMATO: CERTIFICACION DE EJECUCION CONVENIOS DE ASOCIACION PARA LA ANTENCIÓN DE PERSONAS ADULTAS MAYORES Y CON DISCAPACIDAD MENTAL	**FECHA**: 07/04/2021