DATOS GENERALES

PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	20	11	2023	**A**	19	12	2023
¿Se reporta algún desempeño deficiente o a mejorar?	**SI** ☐			**NO** X		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**FÍSICA**			**PRESUPUESTAL**		
	91.04%			91.04%		

DATOS DEL SUPERVISOR:

NOMBRE DEL SUPERVISOR	**JULIANA SOSA MORALES**
DEPENDENCIA	Secretaría de Desarrollo Social
CARGO	Secretaria de Desarrollo Social (E)
MUNICIPIO	Santa Rosa de Cabal

DATOS DEL CONTRATO SUPERVISADO:

NUMERO DE CONTRATO	**538 / 2023**
FECHA DE CONTRATO	19 de octubre de 2023
CONTRATISTA	**UNIÓN TEMPORAL NUEVA ESPERANZA SANTA ROSA DE CABAL**
CEDULA DE CIUDADANÍA O NIT	900038770-2
PROYECTO	Reintegración Social de los Más Vulnerables Santa Rosa de Cabal
VALOR APORTE MUNICIPIO	**$224’923.498**
PLAZO	dos (2) meses – seis (6) días
FECHA ACTA DE INICIO	20 de octubre de 2023
FECHA TERMINACIÓN PROYECTADA DEL CONTRATO	25 de diciembre de 2023
ADICIÓN	N/A
PRÓRROGA	N/A
SUSPENSIÓN	N/A
OBJETO: AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS, OPERATIVOS Y FINANCIEROS, PARA BRINDAR ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN DESPROTECCIÓN SOCIAL Y FAMILIAR A TRAVÉS DE LOS CENTROS DE LARGA ESTANCIA UBICADOS EN EL MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL	

SEGUIMIENTO CONTRACTUAL

1. **CUMPLIMIENTO DEL OBJETO:** Se da cumplimiento en un 91.04% con las actividades descritas en el Contrato.

2. GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES:

NÚMERO DE OBLIGACIÓN	OBLIGACIÓN	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	NO APLICA	OBSERVACIONES	
							ANEXOS	OBSERVACIONES
1	Brindar a setenta y ocho (78) personas mayores el servicio de alojamiento en el centro de larga estancia, contribuyendo a la satisfacción de sus necesidades básicas, suministrando una alimentación diaria, sana, balanceada y nutricional (Desayuno, refrigerios (en la mañana y en la tarde), almuerzo, cena, según minuta alimentaria que asegure la ingesta necesaria a nivel proteínico calórico y la cual deberá ser aquella elaborada y firmada por Nutricionista y aprobada por la Supervisión del convenio realizado en el primer semestre del presente año			**X**			1	Se anexa listados firmados por los adultos mayores atendidos
2	Suministrar a veinte (20) adultos mayores el kit incontinencia mensual (paquete de pañales x 12) de acuerdo con sus necesidades			**X**			2	Se anexa copia de listados firmados y registro fotográfico de la actividad
3	Prestar el servicio de lavandería y arreglo de ropas diaria para que sus ropas permanezcan limpias, garantizando su buena presentación			**X**			3	Se anexa registro fotográfico de la actividad
4	Garantizar la adecuada infraestructura y buenos procesos de higiene, según la normatividad aplicable para el caso (POES).			**X**			4	Se anexa registro fotográfico
5	Brindar la atención y el acompañamiento requerido para los tratamientos médicos de los adultos mayores, apoyados en los recursos y actores de la seguridad social en salud vigente en Colombia, contando con carpetas por usuario, donde se evidencie el proceso de los adultos mayores, su documentación y demás aspectos necesarios para una buena administración, como son: (i) Solicitud y acompañamiento a citas y controles médicos, (ii) Administración de medicamentosprescritos, (iii) Atención			**X**			5	Se anexa registro fotográfico de la actividad

	y seguimiento a los tratamientos médicos, dando cumplimiento a las disposiciones de la Ley 1315 de 2009, lineamientos técnicos y anexos.							
6	Acompañar y articular la atención integral de los residentes, de acuerdo con el número y condiciones físicas y psíquicas. Las cuáles serán determinadas por el Ministerio de la Protección Social conforme al alcance del (centro de protección; este personal deberá estar afiliado el sistema de Seguridad Social Integral salud, riesgos profesionales y pensión y aportes a Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, si a ello hubiese lugar; garantizando que de manera coordinada se puedan garantizar los acompañamientos por parte del personal idóneo, a través del municipio o demásentidades públicas			**X**			6	Se anexa hojas de vida, pagos de seguridad social integral y registro fotográfico
7	Garantizar que en horario nocturno la prestación del servicio esté a cargo de mínimo dos personas, cualquiera que sea el número de residentes o su condición dedependencia.			**X**			7	Se anexa registro fotográfico
8	Implementar y otorgar estricto cumplimiento a los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, para la Prevención, Contención y Mitigación del COVID-19 en personas mayores para los Centros de Protección Social de larga estancia			**X**			8	Se anexa registro fotográfico de la actividad
Concepto General del cumplimiento de las Obligaciones				**X**			Ninguna	

3. RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS ACERCA DEL DESEMPEÑO DEL CONTRATISTA: Ninguna

4. RELACIÓN DE PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES:

La UNIÓN TEMPORAL NUEVA ESPERANZA, presenta Certificación de cumplimiento al pago de todas las obligaciones sobre Seguridad Social Integral y Parafiscales, firmado por la Contadora Pública LAURA CECILIA GIRALDO MARÍN T:P:120446-T y la Representante Legal Regina Rojas de Grajales, dicha Certificación tiene como soporte, Certificación de la FUNDACIÓN CENTRO DE BIENESTAR Y VIDA BETSABÉ ARBELÁEZ, Nit. 891.409.699-8, presenta Certificación de Paz y Salvo en los pagos al sistema de Seguridad Social y Parafiscales, firmado por la Contadora Publica LAURA CECILIA GIRALDO MARÍN T.P. 120446-T y la Representante Legal señora REGINA ROJAS DE GRISALES, la SOCIEDAD SAN VICENTE DE PAUL (ALBERGUES SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS) Nit. 891.408.283-3, presenta Certificación de

Paz y Salvo en los pagos al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales, firmado por la Contadora Publica GLORIA MERCEDES CHICA VALENCIA T.P. 69732-T.

5. RESULTADO ESPERADO AL MOMENTO DE FINALIZAR EL CONTRATO: El cumplimiento satisfactorio de todos y cada uno de los alcances del contrato.

6. RIESGOS EN EL MANEJO DE LOS RECURSOS: No

7. ¿EXISTE PLAN DE MEJORAMIENTO? SI [ ] NO [X]

(En caso afirmativo indique el nivel de cumplimiento)

8. ENTREGÓ INFORME DE EJECUCIÓN?

SI [X]	NO [ ]
RELACIONAR SOPORTES DEL INFORME ➢ Informe de actividades en medio físico y magnético con sus respectivos anexos ➢ Evidencias de ejecución ➢ Certificación Contador Seguridad Social Integral ➢ Factura Electrónica	

9. PROCEDE PAGO EN ESTE PERIODO?

SI [X]	NO [ ]
Se anexa al presente informe Acta Parcial N°2 del Convenio de Asociación **N° 538 de 2023**, del cual se Autoriza el pago.	

10. OTRAS OBSERVACIONES RELEVANTES DEL SUPERVISOR: Ninguna

Se firma en Santa Rosa de Cabal, a los veintinueve (29) días del mes de diciembre del año dos mil veintitrés (2023).

JULIANA SOSA MORALES
Secretaria de Desarrollo Social (E)
Supervisora

REGINA ROJAS DE GRAJALES
Representante Legal
Unión Temporal "Nueva Esperanza"