MUNICIPIO LA CEJA DEL TAMBO	**INFORME DE SEGUIMIENTO A LA CONTRATACIÓN**	Código: F-CT-032
		Versión: 06
		Fecha: 26/01/2023
		Página 1 de 9

CONTRATO CONVENIO	☐ ☐X	NÚMERO:	**2024.04.11.15.032.218-4 (LOTE 4)**
		FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**06/03/2024**
OBJETO: BRINDAR ATENCIÒN INTEGRAL EN MEDIO INSTITUCIONAL A LOS ADULTOS MAYORES Y/O EN SITUACIÒN DE INDIGENCIA VULNERABILIDAD Y/O ABANDONO Y/O CON DISCAPACIDAD FISICA Y/O MENTAL, CON O SIN RED FAMILIAR DEL MUNICIPIO DE LA CEJA DEL TAMBO.			
DEPENDENCIA CONTRATANTE / ASOCIADA:			**SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**
CONTRATISTA / ASOCIADO		NOMBRE:	**CORPORACION SAN MIGUEL ARCANGEL**
		CEDULA / NIT	900.468.564-6
VALOR INICIAL [$]:		Doscientos treinta y siete millones doscientos cincuenta mil pesos M/L ($237.250.000)	
PLAZO:		El plazo de ejecución del presente contrato será de 06 meses, contados a partir del acta de inicio y en todo caso sin exceder el 31 de diciembre de 2024	
IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO EN SECOP:		**2024.04.11.15.032.218-4 (LOTE 4) SECOP II**	

1. COMPONENTE INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO
Periodo de Cobro: COBRO DE DESEMBOLSO EN CALIDAD DE ANTICIPO DEL 15% DEL VALOR DE LOS APORTES DEL MUNICIPIO.

2. COMPONENTE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y/O CONVENIO		
Registro Presupuestal:	**N.º 862**	**Fecha: Día: 12 Mes: 03 Año: 2024**
Requiere Pólizas de Garantías (*)	SI **X** NO__	**Fecha: Día: 08 Mes:03 Año: 2024**
Fecha de inicio (*): **(*) Debe ser la misma de la fecha del acta de inicio**	**Fecha:** Día:14 Mes: 03 Año: 2024	
Duración total del contrato:	06 meses, contados a partir del acta de inicio y en todo caso sin exceder el 14 de septiembre de 2024	
Fecha de terminación del contrato:	14/09/2024	

2.1. PRÓRROGAS		
Contrato adicional No:		**Tiempo (días calendario)**
1	Prorroga	
2		

Fecha de terminación del contrato de acuerdo con la prórroga:	Fecha: Día_____Mes_____Año_____
2.2. ADICIONES	
Contrato adicional No:	Valor ($):
1	
2	
Valor total del contrato:	Valor suscrito en números ($):

2.3. SUSPENSIONES	
Contrato adicional No:	**Tiempo (días calendario)**
1	
2	
2.4. REANUDACIONES	
Fecha reanudación:	**Plazo pendiente para ejecutar (días calendario):**
1	
2	

El contrato estipuló pago de anticipo: SÍ: _**X**____NO:

El contrato estipuló pago anticipado: SÍ: _____NO: _____

CUENTA	Corriente		Ahorros		Número Cuenta:	Banco:

El interventor deberá anexar los siguientes documentos de programación y seguimiento del anticipo:

Plan de inversión del anticipo/Modificación al plan de inversión		Formato control de seguimiento anticipo		Conciliación bancaria	
Extractos bancarios		Certificación bancaria sobre rendimientos financieros			

3. COMPONENTE INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO	
1. Valor Contrato:	$237.250.000
2. Valor Cofinanciación (Para convenios):	$
3. Valor Anticipo o Pago anticipado.	$

4. Valor Pago (Debe ser igual al valor de la factura o cuenta de cobro presentada por el Contratista)	$35.587.500
5. Valor ejecución del contrato a la fecha del informe (Debe ser igual a los valores de las facturas o cuentas de cobro presentadas por el Contratista, más el anticipo si lo hubo).	$35.587.500

3.1 RENDIMIENTOS

El contrato o convenio generó rendimientos: SI_____NO__X____

Período de generación de rendimientos (Fecha de inicio-Fecha de corte)	Valor de rendimientos ($)	Fecha de consignación de rendimientos	Anexa recibo (SÍ/NO)

4. COMPONENTE ADMINISTRATIVO

4.1. PAGOS REALIZADOS A LOS SISTEMAS DE SALUD, RIESGOS PROFESIONALES, PENSIONES Y APORTES PARAFISCALES

El supervisor y/o interventor verificó el cumplimiento por parte del Contratista de sus obligaciones frente a los aportes al sistema integral de seguridad social y aportes parafiscales y su correcta relación entre el monto cancelado y las sumas que debieron haber sido cotizadas, de conformidad con la normativa vigente

SI x NO __

No.**69677733**

Se revisó certificado firmado por el Revisor Fiscal y/o Representante Legal de **CORPORACION SAN MIGUEL ARCANGEL** *según el cual, ésta tiene afiliados a todos los empleados al Sistema general de Seguridad Social y Aportes parafiscales, encontrándose a paz y salvo por estos conceptos a la fecha de presentación de la factura de cobro.*

SI	NO
__	__
x	

4.2. VERIFICACIÓN DE LAS GARANTÍAS CONTRACTUALES SI LAS TIENE

El interventor/supervisor verificó el cumplimiento por parte del CONTRATISTA de sus obligaciones frente a la póliza de anticipo, Cumplimiento, Responsabilidad Civil Contractual, Prestaciones Sociales y Calidad.

SI _x__ NO __

Las Garantías se encuentran suscritas a favor del municipio por todo el Contrato. El Supervisor revisó y confirmó la suscripción de éstas, las cuales hacen parte de la carpeta del Contrato.

(Marque X)

5. COMPONENTE TÉCNICO

5.1. ESTADO DE AVANCE DEL OBJETO CONTRATO

PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO Y/O CONVENIO	**15 %**

Descripción de la ejecución actual del Contrato (De acuerdo con el cronograma de actividades. TRANSCRIBIR		
COMPONENTE EDUCATIVO		
Nº	**Actividades u obligaciones**	**Tareas desarrolladas en el período de Pago** (Tareas realizadas relacionadas con las actividades)
1	Con el propósito de garantizar las condiciones mínimas: Alimentación (5 veces al día) desayuno, media mañana, almuerzo, algo y comida. alojamiento, primeros auxilios y cuidados de enfermería, acompañamiento del usuario a la Atención médica en caso de presentar una urgencia, lavado y arreglo de ropas durante la estancia del adulto mayor en el centro de bienestar.	Se realiza por parte de la institución la prestación del servicio descritas en este informe solicitado por la supervisión una Atención integral que asegura la correcta atención, por lo tanto, se desarrollaran las actividades descritas en el clausulado. **Alimentación:** La alimentación se suministra según los parámetros exigidos por la normatividad vigente y las demás recomendadas por la supervisión del convenio, la minuta fue diseñada teniendo en cuenta las patologías, condición mental y medicamentos del usuario con el fin de garantizar los requerimientos nutricionales para cada uno de ellos y las porciones suministradas como lo describe la actividad (5 veces al día) que mensualmente es supervisada por el centro día gerontológico con una de sus profesionales, siempre se suministra complemento nutricional si el usuario lo requiere. **Alojamiento:** Se brinda un alojamiento adecuado con todas las condiciones necesarias para su bienestar, la seguridad y comodidad permitiendo que el adulto mayor tenga menos riesgos de un accidente y permanencia de condiciones dignas condiciones dignas, durante su estancia, cuenta con espacios que le permiten desenvolverse en un hábitat y entorno higiénico y seguro. **Primeros Auxilios:** Estos se brindan apoyados por un equipo de salud, que vela por su bienestar y calidad de vida. (enfermeros, cuidadores, practicantes de enfermería, valoración medico en casa). **Cuidados de enfermería:** Se brinda toda la asistencia y apoyo en salud, según las necesidades que cada residente requiera, por su estado de salud y funcionalidad, auxiliares de enfermería, cuidadores, certificados que colaboran con la asistencia para las actividades básicas de la vida diaria, valoración por medico institucional, se desarrollan actividades diarias como: toma de signos vitales diariamente, administración de medicamentos según ordenes médicas diariamente, cuidados de piel, se les hidrata y si es el caso se les aplica cremas medicadas, apoyo

		en higiene personal diariamente, apoyo en alimentación diariamente, se realiza la consecución de citas para renovar fórmulas de medicamentos y citas por especialista, en coordinación con la persona de trámites. **Acompañamiento del usuario a la Atención medica en caso de presentar una urgencia**: Es importante mencionar que los auxiliares de enfermería acompañan a los usuarios en caso de presentarse una urgencia y acompañamiento permanente en la unidad médica. **Lavado y arreglo de ropa:** La higiene y vestuario se realizan a diario, garantizando la salud física y mental de los adultos mayores, que les permite tener un entorno higiénico adecuado, garantizando la salubridad y estabilidad física y mental de los usuarios, se cuenta con área de lavandería apropiada.
2	Intervención de las áreas de atención y especializadas en la permanencia del adulto mayor en la institución: gerontología, nutricionista, enfermería, psicología y demás profesionales según la atención requerida.	Se realizan actividades desde las diferentes áreas de atención tales como: gerontología, nutrición, enfermería, psicología, medicina, enfermería y terapia ocupacional teniendo en cuenta las patologías individuales de los usuarios. Están cada una de las actividades descritas en el informe recibido por parte de la institución y en visita previa realizada por la supervisión. La gerontóloga está continuamente en el centro, realizando permanentemente acciones de mejora de calidad de vida de estos Adultos. El profesional en nutrición revisa la minuta nutricional y su cumplimiento teniendo en cuenta las patologías, condición mental y medicamentos del usuario con el fin de garantizar los requerimientos nutricionales para cada uno de los Adultos mayores, realizo la revisión de cada uno de los usuarios del convenio sobre el estado en el que comienzan el año los usuarios. Se presta la atención en salud a través de las redes de apoyo con las EPS, las enfermeras y los profesionales que realizan las charlas y atención de promoción y prevención y se realiza el acompañamiento a las citas médicas según sus prevalencias se realizaron también actividades como: toma de signos vitales diariamente, administración de medicamentos según ordenes médicas diariamente, cuidados de piel, se les hidrata y si es el caso se les aplica cremas medicadas, apoyo

		en higiene personal diariamente, apoyo en alimentación diariamente. El psicólogo realiza las actividades según la necesidad del servicio, y con apoyo de los practicantes de psicología, realiza actividades con los usuarios para realizar trabajo cognitivo, asesoro a los usuarios y sus familias en las dinámicas familiares que representan alguna dificultad comportamental.
3	Para la atención integral a los Adultos Mayores institucionalizados con discapacidad física, cuidado especial cognitivo se requiere además de los profesionales anteriores, psiquiatría, fisioterapia, médico y técnico en regencia de farmacia	Para esta actividad la corporación atiende con estos profesionales a necesidad y cuenta con los espacios y los servicios habilitados por la secretaria Seccional de salud de Antioquia por lo tanto puede prestar estos servicios.
4	Generar actividades complementarias para dar cumplimiento a la atención integral del adulto mayor como son actividades recreativas, ocupacionales de mantenimiento físico, actividades de promoción y prevención y de apoyo espiritual	Se realizan actividades lúdicas, recreativas, ocupacionales, estimulación cognitiva desarrolladas por las diferentes áreas, como gerontología, psicología, Recreacionista, educador físico, se realizan también actividades ocupaciones, de mantenimiento físico, actividades de promoción y prevención y apoyo se recibe por los realizan el rosario, la eucaristía por parte de la parroquia de la vereda.
5	Realizar actividades con la red de apoyo de los usuarios.	Se realizan diferentes actividades, con la red familiar de los residentes, sobre temas educativos, apoyo y acompañamiento durante la institucionalización y actividades de integración adulto y residentes, se interviene ante una dificultad de la familia del usuario para responder a su corresponsabilidad en el bienestar de ellos, cada uno de los trabajos que realiza el equipo psicológico y gerontológico, va enfocado en la mejora de las condiciones familiares del usuario, se acompaña a las visitas con los profesionales psicosociales para estar presentes ante cualquier descompensación de los usuarios.
6	La entidad **ESAL** debe contar con contrato firmado, con un proveedor que cumpla los requisitos legales como prestador de servicios exequiales	Se realiza el servicio exequias a necesidad, en esta oportunidad se realiza el **sepelio del señor German de Jesús López Arango**, se anexa la cuenta de cobro y la factura de la funeraria María Auxiliadora.

7	Todas las demás que se requieran para el bienestar del beneficiario y el cumplimiento al objeto del contrato	Se realizaron actividades de integración con familias, celebración cumpleaños, celebración día de la mujer, día de san José, y diferentes actividades religiosas, salidas a citas médicas, lo mismo que los tramites de reclamar medicamentos y las ordenes médicas, se gestionaron diferentes historias clínicas, órdenes de medicamentos, órdenes para especialistas, con algunos adultos que no cuentan con red de apoyo familiar, Se suministraron implementos de aseo a cada uno los usuarios que no cuenta con la red de apoyo familiar y se realizó acompañamiento al equipo psicosocial, con el fin de integrar las diferentes actividades en beneficio de los residentes, brindando mayor acompañamiento.
8	Presentar al municipio en las fechas estipuladas, el informe de ejecución mensual y sus anexos (planillas, registros fotográficos, listados de los beneficiarios).	Se presentaron los documentos solicitados para realizar el pago de anticipo, la factura, plan de inversiones, paz y salvo parafiscales y planilla de pago y anexos/evidencias de las actividades

OBSERVACIONES: Se realiza una visita por parte de la supervisión y profesional del área social que acompaña para observar identificación visual de los espacios y servicios integrales que presta la institución, asegurando que los adultos mayores tengan un cuidado adecuado y se desarrollen como lo pide la normatividad vigente, además se le solicita a las instituciones se realice en forma descriptiva y con evidencias en este informe los servicios como se prestan, el recurso humano con que cuentan y las garantías de su integralidad, se anexa también la cuenta de cobro de un servicio exequial el señor **GERMAN DE JESUS LOPEZ ARANGO** para su pago.

5.2. SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS CONTRACTUALES

¿En el periodo de ejecución reportado existe la posibilidad de materialización de algún riesgo, atendiendo la matriz de riesgos definida en los estudios y documentos previos?

SI: NO: __**X**

En el evento que la respuesta sea afirmativa, se requiere anexar el correspondiente soporte documental donde se clarifique la situación presentada conducente a que el riesgo se materialice, esto para su posterior ajuste y tratamiento, el cual deberá ser verificado por el supervisor del contrato en los siguientes informes de supervisión.

5.3. TERMINACIÓN DEL CONTRATO

Se termina el Contrato: SI NO **X**

(Solo aplica para los contratos de prestación de servicios y de apoyo a la gestión)

En caso de que la respuesta sea SI, se deberá diligenciar la siguiente información:

5.2.1. Durante la ejecución del contrato se generaron los siguientes pagos:

ACTA DE PAGO No	FECHA Y NÚMERO DE COMPROBANTE DE EGRESO	VALOR TOTAL
1		
2		
3		
4		
5		

5.4 LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO

Se liquida el contrato: SI NO **X**

5.4.1 Resumen del Balance:

BALANCE GENERAL DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**MONTO**
Valor inicial del contrato	
Valor de la adición No X (inserte tantas filas como adiciones haya tenido el contrato o convenio)	
Valor Total (del Contrato o Convenio)	
Valor pagado a la fecha	
Valor que falta por cancelar	
Valor que falta por ejecutar	
Rendimientos financieros (si aplica)	

5.4.2 Aprobación de liquidación
Posterior al pago adeudado, apruebo que se proceda SI ___ NO____ con su liquidación, así:

BALANCE GENERAL DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**MONTO**
Valor total del contrato	
Valor pendiente de pago	
Saldo a liberar	

5.4.3. Se recibe la siguiente información relevante para el Municipio, la cual hace parte de la gestión desarrollada por el Contratista en cumplimiento del Objeto Contractual: (en este ítem se deberán relacionar los documentos, carpetas, sistemas de información, plataformas web, correos electrónicos y demás sistemas utilizados en la gestión contractual, así como procesos y/o procedimientos, documentos, formatos etc., del

Sistema Integrado de Gestión Organizacional SIGO en los que interviene el contratista para el desarrollo de actividades contempladas en el contrato de prestación de servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión)

CUANDO SE TRATE DE LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO, SE DEBERÁ INCLUIR EN LA PARTE FINAL DEL DOCUMENTO, ADEMÁS DEL NOMBRE DEL SUPERVISOR Y DEL ORDENADOR, EL NOMBRE CONTRATISTA PARA SU CORRESPONDIENTE FIRMA

6. ANEXOS

1 Informe de ejecución presentado por: **CORPORACION SAN MIGUEL ARCANGEL**

2 Certificado de paz y salvo por pago de Seguridad Social, Riesgos Profesionales, Pensiones y Aportes Parafiscales, firmado por el Revisor Fiscal y/o el Representante Legal de la Entidad.

7. VALIDACIÓN DEL PAGO

El secretario de Salud y Protección Social en calidad de ordenador del gasto, conozco y apruebo el informe de actividades y contenido del presente informe de Supervisión, por lo que apruebo realizar el pago correspondiente, según información plasmada por el Supervisor del mismo

Nombre del Ordenador del gasto
WILFER ALBERTO OTALVARO PEREZ
Secretario de Salud y Protección Social

Firma del Ordenador del Gasto
Cédula Nro: 70.303.591

Nombre del Supervisor y/o Interventor
ANDREA FRANCO FLOREZ
Directora de Atención al Adulto Mayor

Firma Supervisor y/o Interventor
Cédula Nro: 39.191.190