MUNICIPIO LA CEJA DEL TAMBO	**INFORME DE SEGUIMIENTO A LA CONTRATACIÓN**	Código: F-CT-032
		Versión: 06
		Fecha: 26/01/2023
		Página 1 de 8

CONTRATO CONVENIO	□ □X	NÚMERO:	**2024.04.11.15.018.108**
		FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**16/02/2024**
OBJETO: AUNAR ESFUERZOS PARA BRINDAR ATENCIÓN ALIMENTARIA A LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN PRIORIZADOS EN EL MUNICIPIO DE LA CEJA DEL TAMBO A TRAVES DE SERVICIO DE COMEDOR.			
DEPENDENCIA CONTRATANTE / ASOCIADA:			**SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**
CONTRATISTA / ASOCIADO		NOMBRE:	**CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL AL ADULTO MAYOR "SANTA ANA"**
		CEDULA / NIT	890.907.058-1
VALOR INICIAL [$]:		Doscientos diez y siete millones ciento cuarenta y dos mil ochocientos cincuenta y siete. (217.142.857)	
PLAZO:		El plazo de ejecución del presente contrato será desde el 23 de febrero hasta el 31 de diciembre, contados a partir del acta de inicio y en todo caso sin exceder el 31 de diciembre de 2024	
IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO EN SECOP:		**2024.04.11.15.018.108 SECOP II**	

1. COMPONENTE INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO
Periodo de Cobro: DEL 23 DE ABRIL HASTA EL 22 DE MAYO DEL 2024

2. COMPONENTE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y/O CONVENIO		
Registro Presupuestal:	**N°. 603**	**Fecha: Día: 19 Mes: 02 Año: 2024**
Requiere Pólizas de Garantías (*)	SI **X** NO__	**Fecha: Día: 16 Mes: 02 Año: 2024**
Fecha de inicio (*): **(*) Debe ser la misma de la fecha del acta de inicio**	**Fecha: Día:23 Mes: 02 Año: 2024**	
Duración total del contrato:	Del 23 de febrero del 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024	
Fecha de terminación del contrato:	31/12/2024	

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: _____NO: **X**
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: Aporte Municipio (152.000.000)	$217.142.857
2. Valor Cofinanciación (Para convenios): aporte de CPSAM Santa Ana	$65.142.857
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)	$21.444.111
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). **Valor cofinanciado mes $8.962.000, acumulado a la fecha $ 26.762.111**	$ 89.851.756

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 (SI/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.**30125701**

Se revisó certificado firmado por el Revisor Fiscal y/o Representante Legal de **CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL AL ADULTO MAYOR "SANTA ANA"** *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	41.37 %

Descripción de la ejecución actual del Contrato (De acuerdo con el cronograma de actividades. TRANSCRIBIR

COMPONENTE EDUCATIVO

N.°	Actividades u obligaciones	**Tareas desarrolladas en el período de Pago** (Tareas realizadas relacionadas con las actividades)
1	Brindar el servicio de comedor (Desayuno y almuerzo) a los Adultos Mayores en situación de vulnerabilidad socio-económica, que sean priorizados por el contratante; este servicio se prestara dentro de las instalaciones del contratista los siete días de la semana en la zona urbana del municipio de La Ceja.	Durante el período del 23 de abril al 22 de mayo del año 2024, se cumplió con la prestación del servicio de comedor de lunes a domingo (desayuno Y almuerzo) en adecuadas condiciones del 23 de abril al 15 de mayo a 29 Adultos Mayores y del 16 al 22 de mayo a 28 adultos mayores en situación de vulnerabilidad económica, se entregaron una totalidad de 1.696 raciones, se presentan las firmas que sustentan la entrega de las raciones y las evidencias fotográficas que solicitamos para la supervisión y de igual manera la nutricionista del centro día leidy Franco y la trabajadora social Manuela Patiño asignadas por supervisión realizan periódicamente una revisión física, la firma es diaria por usuario; garantizando la entrega del desayuno y almuerzo el adulto mayor priorizado. **ANEXO 1 Se realizo la entrega en esta actividad del plan de inversión, evidencia de registro de firmas, evidencia de registros fotográficos, acta de cofinanciación.**
2	Realizar a los usuarios valoración nutricional tres veces en el año con los correspondientes seguimientos.	Se entrego la evidencia de registro de los 10 seguimientos por nutrición para garantizar que este programa este mejorando sus condiciones nutricionales de los Adultos que atienden, por lo tanto, mejoran su salud física y emocional, las valoraciones las realizo la nutricionista Maria Vianney Valencia Restrepo T.P 04513, del CPSAM y presentan cuales son las patologías que se evidenciaron en ellos, presentan estos usuarios las siguientes patologías son: HIPERTENSIÓN ARTERIA, INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA, EPOC, ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA, DISMETRIA, HIPERLIPIDEMIA, ENFERMEDAD ÁCIDO PÉPTICA, REFLUJO GASTROESOFÁGICO, ENFERMEDAD RENAL, DIABETES MELLITUS, INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.

		Los usuarios que se les realiza la valoración para este periodo fueron y se presentan los resultados de su estado nutricional actual. **1. JOSE JESUS GOMEZ GOMEZ** **2. JULIO CESAR BEDOYA CARDONA** **3. AGUSTIN NIETO CADAVID** **4. OLGA MARÍA SUAZA** **5. GUILLERMO LEON VALENCIA** **6. ANIBAL JARAMILLO** **7. MARIO DE JESUS GOMEZ TOBON** **8. MARIA DEYANIRA VANEGAS Q.** **9. FABIOLA ROMAN** **10. EZEQUIEL HENAO** **ANEXO 2** en este anexo se presentan están evidencias descritas.
3	Enviar a la entidad contratante, ciclos de menú para 20 días antes de iniciar el contrato y publicarlos en el comedor en un lugar visible.	En este mes de nuevo se actualizó el Ciclo de Menús para 30 días como se solicita en el convenio y se anexan en el informe entregado fue elaborado por la nutricionista MARIA VIANNEY VALENCIA RESTREPO, y se encuentra publicado en dos lugares visibles, en el área del comedor y la cocina. (se anexa minuta actualizada) ANEXO **3: se envía menú o minuta y fotografía de la publicación del menú**
4	Utilizar utensilios y vajillas en buen estado y uniformes para el suministro de las raciones diarias.	Se envía evidencia fotográfica de la vajilla y los uniformes utilizados en el suministro de las raciones nutricionales. **ANEXO 4**
5	Realizar atención y orientación psicológica y gerontológica a los usuarios del programa de manera mensual.	Se realizaron los seguimientos psicológicos a **4** Adultos mayores y acompañamiento por gerontología **4** usuarios para continuar con el proceso de mejora de la calidad de vida de los usuarios comedor, a necesidad manifestada por ellos mismos o por seguimiento de casos de la profesional que acompaña el proceso del programa. **PSICOLOGIA** **1. PEDRO NEL OSPINA** **2. IVAN FERNANDO GONZALEZ** **3. ODILA OCAMPO** **4. DEYANIRA VANEGAS**

		SEGUIMIENTO GERONTOLOGICO. 1. **JAIRO DE JESUS RIVERA** 2. **HUMBERTO DE JESUS BEDOYA** 3. **FRANCISCO BEDOYA** 4. **MARIO GOMEZ** **ANEXO 6 evidencia de atenciones por psicología y gerontología en los anexos y descripciones presentadas.**
6	Realizar visitas domiciliarias a los usuarios de manera semestral y realizar los respectivos informes.	Se les realiza visitas domiciliarias a **10** usuarios para continuar acompañándolos en sus necesidades familiares y realizar la identificación de continuidad en el programa. **1. MARIA OLGA SUAZA** **2. RAFAEL BOHORQUEZ** **3. GUILLERMO LEON VALENCIA** **4. FABIOLA ROMAN** **5. LUIS JOSE HENAO** **6. EZEQUIEL HENAO** **7. ANIBAL JARAMILLO** **8. JESUS ELI GAVIRIA** **9. FRANCISCO CORREA** **10. JOSE GOMEZ** **ANEXO 6: Se presenta la descripción de las visitas domiciliarias y la evidencia fotográfica.**
7	Entregar oportunamente los informes que se requieran.	Se realiza la entrega de los diferentes informes y en el cual se realiza de nuevo valoración. **ANEXO 7: Todos los anexos solicitados por la supervisión.**
8	Todas las actividades necesarias para el buen desarrollo del programa en articulación con el centro día gerontológico.	Se anexo las actividades que les permitan para el buen desarrollo del programa con diferentes profesionales y se realizaran articulaciones con centro día. **ANEXO 8: Se presentan las evidencias descritas y las fotografías.**

OBSERVACIONES: Se realiza visitas por las profesionales asignadas para el acompañamiento de la supervisión, las profesionales que acompaña realizan identificación visual de los espacios y servicios presta la institución, asegurando una adecuada prestación del servicio además se le solicita a las instituciones se realice en forma descriptiva y con evidencias en este informe los servicios como fotografías más descriptivas, los seguimientos deben ser amplios y claros, no deben de realizar descripciones iguales en los diferentes informes, las recomendaciones se enviarán a la institución

para mejorar las condiciones del convenio, de igual forma cuando se realice un ingreso al servicio debe realizarse con la aprobación de la supervisión.

5.2. SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS CONTRACTUALES

¿En el periodo de ejecución reportado existe la posibilidad de materialización de algún riesgo, atendiendo 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: **CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL AL ADULTO MAYOR "SANTA ANA"** *por el servicio de comedor.*

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