DATOS GENERALES

Periodo al que corresponde el Informe	A	03	05	2024		02	06	2024			
¿Se reporta algún desempeño deficiente o a mejorar?	SI ☐				NO **X**						
Porcentaje de Ejecución	**FÍSICA**				**PRESUPUESTAL**						
	84.37%				84.37%						

DATOS DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR	**ANA CONSTANZA OSPINA GIRALDO**
DEPENDENCIA	Secretaria de Desarrollo Social
CARGO	Secretaria de Desarrollo Social
MUNICIPIO	Santa Rosa de Cabal

DATOS DEL CONTRATO SUPERVISADO

NUMERO DE CONTRATO	**266-2024**
FECHA DE CONTRATO	2 de abril de 2024
CONTRATISTA	**UNIÓN TEMPORAL NUEVA ESPERANZA SANTAROSA DE CABAL**
CEDULA DE CIUDADANÍA O NIT	900038770-2
PROYECTO	REINTEGRACIÓN SOCIAL DE LOS MAS VULNERABLES SANTA ROSA DE CABAL
VALOR APORTE MUNICIPIO	$283’255.000
PLAZO	dos (2) meses - diez (10) días
FECHA ACTA DE INICIO	3 de abril de 2024
FECHA TERMINACIÓN PROYECTADA	12 de junio de 2024
ADICIÓN	N/A
PRÓRROGA	N/A
SUSPENSIÓN	N/A
Objeto: “AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS, OPERATIVOS Y FINANCIEROS, PARA BRINDAR ATENCION INTEGRAL A LA POBLACION ADULTA MAYOR EN CONDICIÓN DE DESPROTECCION 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 84.37%, 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
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 Nutricionistay aprobada por la Supervisión del convenio realizado en el primer semestre del presente año.			**X**			La unión temporal asume el 100% del alojamiento. Se anexa listados de los 75 adultos con huellas o firmas. Se presentaron las siguientes novedades: El señor Gerardo de Jesús Aguilar Montoya falleció el 21 de mayo del año 2024 conforme al registro de defunción No. 10965334 por lo cual se descontarán los días comprendidos entre el 22 de mayo y el 2 de junio de 2024 del señor Aguilar. Nota 2: Está pendiente que el municipio asigne dos cupos por parte de sociedad San Vicente para cubrir la totalidad de cupos contratada.
2.	Suministrar a veinte (20) adultos mayores el kit incontinencia mensual (paquete de pañales x 90), de acuerdo con sus necesidades ycrema anti escaras de 500 mg.			**X**			Se entrego Kit de pañal La unión Temporal asume el excedente en la cantidad de pañales entregados a los usuarios
3.	Prestar el servicio de lavandería y arreglo de ropas diaria para que sus ropas permanezcan limpias, garantizando su buena presentación.			**X**			Se anexa evidencia fotográfica

4.	Garantizar la adecuada infraestructura y buenos procesos de higiene, según la normatividad aplicable para el caso (POES)			**X**			Se realiza entrega evidencia fotográfica con los procedimientos realizado según el POES.
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 medicamentos prescritos, (iii) Atención y seguimiento a los tratamientos médicos, dando cumplimiento a las disposiciones de la Ley 1315 de 2009, lineamientos técnicos y anexos.			**X**			Se realiza entrega de evidencia fotográfica, con soportes de las visitas realizadas al médico y su respectiva orden.
6.	Contratar el personal mínimo requerido conforme a lo establecido en el presente proceso, en cantidad suficiente para satisfacer en forma permanente y adecuada la atención integral de los residentes, de acuerdo con el número y condicionesfísicas 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 como mínimo conforme a la propuesta presentada.			**X**			Se anexa planilla de pago de seguridad social.

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**			Se anexa evidencia fotográfica.
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**			Se anexa evidencia fotográfica de los protocolos de COVID-19
Concepto General del Cumplimiento de las Obligaciones.				**X**			Cumplimiento Satisfactorio

3. Recomendaciones o sugerencias acerca del desempeño del Contratista: Ninguna

4. Relación de Pagos a la Seguridad Social y Aportes Parafiscales:

PLANILLA N°	ITEM	PERIODO DE PAGO AÑO – MES	FECHA DE PAGO AÑO – MES - DÍA	NOMBRE
9469011515	PENSIÓN	2024-05	2024–06-24	SOCIEDAD SAN VICENTE DE PAUL (ALBERGUE SAGRADO CORAZÓN)
	SALUD	2024-06	2024–06-24	
	RIESGOS PROFESIONALES	2024-05	2024–06-24	

PLANILLA N°	ITEM	PERIODO DE PAGO AÑO – MES	FECHA DE PAGO AÑO – MES - DÍA	NOMBRE
30188247	PENSIÓN	2024-05	2024–06-17	FUNDACIÓN CENTRO DE BIENESTAR Y VIDA BETSABÉ ARBELÁEZ
	SALUD	2024-06	2024–06-17	
	RIESGOS PROFESIONALES	2024-05	2024–06-17	

PLANILLA N°	ITEM	PERIODO DE PAGO AÑO – MES	FECHA DE PAGO AÑO – MES - DÍA	NOMBRE
4547003377	PENSIÓN	2024-05	2024–05-08	NEY HOLMES ORTEGA 0CHAMORRO
	SALUD	2024-06	2024–05–08	
	RIESGOS PROFESIONALES	2024-05	2024–05-08	

5. Resultado esperado al 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. ¿Entrego Informe de Ejecución?

SI [X]	NO [ ]

RELACIONAR SOPORTES DEL INFORME

- Minuta de alimentos firmada por la nutricionista
- Evidencia fotográfica de entrega de alimentos
- Registro civil de defunción y certificado del fallecimiento de adulto mayor Gerardo de Jesús Aguilar Montoya
- Planillas de recolección de firma de entrega de alimentos al adulto mayor
- Evidencias fotográficas entrega de kit de pañal
- Planilla de entrega de kit de pañal
- Evidencias fotográficas servicio de lavandería
- Evidencia fotográfica infraestructura POES
- Informe de ejecución dirección técnica Unión Temporal "Nueva Esperanza"
- Evidencias fotográficas de soportes de las visitas al médico.
- Evidencias fotográficas de administración de medicamentos
- Evidencias fotográficas de complemento nutricional
- Evidencias fotográficas horario de atención nocturno
- Evidencias fotográficas protocolo COVID -19

9. Procede pago en este período.

SI [X]	NO [ ]
Se anexa al presente informe Acta Parcial **N°2** del Convenio de Asociación N°266 de 2024, del cual se Autoriza el pago.	

10. Otras Observaciones relevantes del Supervisor. Ninguna.

Se firma en Santa Rosa de Cabal, a los cinco (5) días del mes de julio del año dos mil veinticuatro (2024).

ANA CONSTANZA OSPINA GIRALDO
Secretaria de Desarrollo Social
Supervisora