MUNICIPIO LA CEJA DEL TAMBO	**INFORME DE SEGUIMIENTO A LA CONTRATACIÓN**	Código: F-CT-032
		Versión: 06
		Fecha: 26/01/2023
		Página 1 de 10

CONTRATO CONVENIO	□ □X	NÚMERO:	**2024.04.11.15.032.218-3 (LOTE 3)**
		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:	**FUNDACION CENTRO DE PROTECCION SOCIAL AL ADULTO MAYOR "CENTRO DÍA ALMA VIVA"**
		CEDULA / NIT	900.692.794-2
VALOR INICIAL [$]:		Sesenta y siete millones quinientos ochenta y dos mil ochocientos ochenta y ocho pesos M/L ($67.582.888)	
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:		**2024.04.11.15.032.218-3 (LOTE 3) SECOP II**	

1. COMPONENTE INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO
Periodo de Cobro: DESDE EL 14 DE AGOSTO AL 13 DE SEPTIEMBRE

2. COMPONENTE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y/O CONVENIO		
Registro Presupuestal:	**N.º 859**	**Fecha: Día: 12** Mes: **03 Año: 2024**
Requiere Pólizas de Garantías (*)	SI **X** NO__	**Fecha: Día: 05** 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:	**$67.582.888**
2. Valor Cofinanciación (Para convenios):	$
3. Valor Anticipo o Pago anticipado. **Acumulado $ 10.137.433**	$10.137.433

4. Valor Pago (Debe ser igual al valor de la factura o cuenta de cobro presentada por el Contratista)	**$584.175**
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).	**$55.933.332**

3.1 RENDIMIENTOS

El contrato o convenio generó rendimientos: SÍ_____NO__X____

Periodo 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

	SI	NO
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	x	

No. **7934431698**

Se revisó certificado firmado por el Revisor Fiscal y/o Representante Legal *según el cual* **FUNDACION CENTRO DE PROTECCION SOCIAL AL ADULTO MAYOR "CENTRO DÍA ALMA VIVA"**, *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

	SI	NO
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.	_x__	__

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	**82.76 %**
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	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 realizo por parte de la institución la prestación de los servicios descritos en las actividades del informe y que se anuncian en el clausulado, una Atención integral que asegurará la correcta atención. **Del periodo del 14 de Agosto al 13 de Septiembre, se atendieron durante este periodo a 4 Adultos Mayores.** **ALIMENTACIÓN:** La institución suministró el servicio de alimentación según los parámetros exigidos por la normatividad vigente y las demás recomendadas por la supervisión del convenio, la minuta alimentaria es realizada por La profesional en nutrición **DANIELA GALLEGO SANCHEZ CON TARJETA PROFESIONAL NUMERO 1036966169,** la minuta fue diseñada teniendo en cuenta las patologías, condición mental y medicamentos de los usuario con el fin de garantizar los requerimientos nutricionales para cada uno de ellos y las porciones se suministrarán como lo describe la actividad (5 veces al día) que mensualmente será supervisada por el centro día gerontológico con una de sus profesionales. **ALOJAMIENTO:** La institución brindó un alojamiento adecuado con todas las condiciones necesarias para el bienestar, seguridad y comodidad de los usuarios permitiendo que el adulto mayor tenga menos riesgos de un accidente y permanencia de condiciones dignas, durante su estancia, cuenta con espacios que le permiten desenvolverse en un hábitat y entorno higiénico y seguro. **PRIMEROS AUXILIOS:** La institución presto el servicio de primeros auxilios apoyados por un equipo de salud, que vela por el bienestar y calidad de vida, auxiliar de enfermería, gerontóloga y cuidador

		CUIDADOS DE ENFERMERÍA: La institución brindo toda la asistencia y apoyo en salud, según las necesidades que cada residente requiera, por su estado de salud y funcionalidad, las actividades básicas de la vida diaria, 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 realza 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:** La institución realiza un acompañamiento a los usuarios en caso de presentarse una urgencia y acompañamiento permanente en la unidad médica. **Lavado y arreglo de ropa:** La institución se encarga diariamente los servicios de higiene y vestuario 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.	La institución realizo actividades desde las diferentes áreas de atención tales como: gerontología, nutrición, enfermería, psicología, medicina 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. Además, realiza valoración y seguimiento nutricional a cada uno de los usuarios. La institución presta la atención en salud a través de las redes de apoyo con las EPS, la auxiliar de enfermería 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. Desde el área de psicología la institución llevó a cabo intervención psicología individual, y se realizo la valoración psicológica de los usuarios, y se verifico y analizo las capacidades cognitivas aspecto componente cognitivo y psicoemocional, se llevó a cabo la escucha activa brindando a los adultos mayores
3	Para la atención integral a los Adultos Mayores institucionalizados con discapacidad física, cuidado especial cognitivo se requiere además de los profesionales anteriores, psiquiatría,	Para esta actividad la Institución no cuenta con los espacios habilitados por la secretaria Seccional de salud de Antioquia por lo tanto no puede prestar estos servicios, para lo cual la institución realizara una

	fisioterapia, médico y técnico en regencia de farmacia	solicitud de cambio de actividad, a este periodo no se ha enviado.
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 de la institución, como gerontología, psicología, recreacionista, educador físico, se realizan también actividades ocupaciones, de mantenimiento físico, actividades de promoción y prevención y apoyo se recibe por parte de la iglesia del divino niño, realizan el rosario.
5	Realizar actividades con la red de apoyo de los usuarios.	La institución realizo 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, se realiza charla educativa sobre presión arterial y su manejo y sanado de heridas con el psicólogo Oscar Zuluaga.
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, si uno de los usuarios que tienen de cupo persona fallece, durante este periodo no fallece ningún usuario.
7	Todas las demás que se requieran para el bienestar del beneficiario y el cumplimiento al objeto del contrato.	La institución realizo actividades de integración con familias, celebración cumpleaños, celebraciones de actividades religiosas, salidas a citas médicas, acompañamiento permanente en hospitalización de dos usuarios 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, y realizo acompañamiento al equipo psicosocial con el fin de integrar las diferentes actividades en beneficio de los residentes, brindando mayor acompañamiento. De nuevo se realiza un compartir de degustaciones alimentarias.
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: Durante este periodo la gerontóloga Rosalba Ortega Rúales representante legal de la institución "Alma Viva" informa a la directora de atención al Adulto Mayor que termina el convenio con la administración para el cuidado de los 4 Adultos Mayores institucionalizados allí y los entregara el día 13 de Septiembre para que se realice su ubicación, agradeciendo al municipio la oportunidad de realizar esta labor, este convenio no termina en 100% de ejecución ya que por varios periodos no se tuvo los 4 adultos bajo el cuidado, algunos meses solo se contó con tres adultos mayores.

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 **X** NO

(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	**01/04/2024, comprobante de egreso #876**	**$10.137.433**
2	**30/04/2024, comprobante de egreso # 1408**	**$10.722.148**
3	**06/06/2024, comprobante de egreso # 2110**	**$8.041.611**
4	**28/06//2024, comprobante de egreso # 2499**	**$8.041.611**
5	**26/07//2024, comprobante de egreso # 3011**	**$8.041.611**
6	**03/09/2024, comprobante de egreso # 3733**	**$10.364.743**

5.4 LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO

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

5.4.1 Resumen del Balance:

BALANCE GENERAL DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**MONTO**
Valor inicial del contrato	**$67.582.888**
Valor de la adición No X (inserte tantas filas como adiciones haya tenido el contrato o convenio)	**0**
Valor Total (del Contrato o Convenio)	**$67.582.888**
Valor pagado a la fecha	**$55.349.157**
Valor que falta por cancelar	**$584.175**
Valor que falta por ejecutar	**$11.649.556**
Rendimientos financieros (si aplica)	

5.4.2 Aprobación de liquidación
Posterior al pago adeudado, apruebo que se proceda SI **_X__** NO**____** con su liquidación, así:

BALANCE GENERAL DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**MONTO**
Valor total del contrato	**$67.582.888**
Valor pendiente de pago	**$584.175**
Saldo a liberar	**$11.649.556**

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: **FUNDACION CENTRO DE PROTECCION SOCIAL AL ADULTO MAYOR "CENTRO DÍA ALMA VIVA"**, Factura **CDAV-18 Amortización final del 08/11/2024 y CDAV 19 del 08/11/2024**

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