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:	**2024.04.11.15.032.218-2 (LOTE 2)**
		FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**06/03/2024**
OBJETO: BRINDAR ATENCIÓN 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 PADRE MARIANO JOSE**
		CEDULA / NIT	900.823.501-5
VALOR INICIAL [$]:		Ciento ochenta millones ciento sesenta y cinco mil cuatrocientos cuarenta y dos pesos M/L ($180.165.442)	
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:		**2024.04.11.15.032.218-2 (LOTE 2) SECOP II**	

1. COMPONENTE INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO
Periodo de Cobro: DEL 19 DE OCTUBRE AL 31 DE OCTUBRE DEL 2024

2. COMPONENTE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y/O CONVENIO		
Registro Presupuestal:	**N.º 863** **N° 1743** **N° 2514** **N° 2788** **N° 2830**	**Fecha: Día: 12 Mes: 03 Año: 2024** **Fecha: Dia: 21 Mes: 06** Año: **2024** **Fecha: Día: 11 Mes: 09 Año: 2024** **Fecha: Dia: 13 Mes: 10 Año: 2024** **Fecha: Dia: 18 Mes: 10 Año: 2024**
Requiere Pólizas de Garantías (*)	SI **X** NO__	**Fecha: Día: 06 Mes:03** Año: **2024** **Fecha: Dia: 17 Mes: 06** Año: **2024** **Fecha: Día: 11 Mes: 09 Año: 2024** **Fecha: Día: 16 Mes: 10 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 31 de diciembre.	
Fecha de terminación del contrato:	31/10/2024	

2.1. PRÓRROGAS		
Contrato adicional No:		**Tiempo (días calendario)**
1	**Prorroga 1**	**30 días**
2	**Prorroga 2**	**5 días**
3	**Prorroga 3**	**13 días**
Fecha de terminación del contrato de acuerdo con la prórroga:		Fecha: Día **31** Mes **10** Año **2024**

2.2. ADICIONES		
Contrato adicional No:		Valor ($):
1	**1**	**$ 26.537.316**
2	**2**	$ **32.166.444**
3	**3**	**$ 5.361.074**
4	**4**	**$ 13.938.792**
Valor total del contrato**: doscientos cincuenta y ocho millones ciento sesenta y nueve mil sesenta y ocho pesos m/l.**		Valor suscrito en números ($): **$ 258.169.068**

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:	**$258.169.068**
2. Valor Cofinanciación (Para convenios):	$
3. Valor Anticipo o Pago anticipado. **Total, amortización anticipo acumulado $ 27.024.816**	$27.024.816
4. Valor Pago (Debe ser igual al valor de la factura o cuenta de cobro presentada por el Contratista)	$13.938.792
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.	**$246.341.349**

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

	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.1067780078	

	SI	NO
Se revisó certificado firmado por el Revisor Fiscal y/o Representante Legal de **FUNDACION PADRE MARIANO JOSE** 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.	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	**95,41%**

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 realizo por parte de la institución la prestación de los servicios descritos en el informe solicitados por la supervisión para conocer de las actividades que se desarrollan, del mes la atención de **12 usuarios atendidos desde el 19 de octubre al 31 de octubre.** **ALIMENTACIÓN:** Se suministro según los parámetros exigidos por la normatividad vigente y las demás recomendadas por la supervisión del convenio, en la minuta alimentaria es realizada por La profesional en nutrición Liliana María García, 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. **ALOJAMIENTO:** Se evidencio el servicio de 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. **PRIMEROS AUXILIOS:** Este servicio se brindó apoyados por un equipo de salud, que vela por el

		bienestar y calidad de vida de los usuarios. (enfermeros, cuidadores, practicantes de enfermería. **CUIDADOS DE ENFERMERÍA:** Se brindaron todas la asistencia y apoyo en salud, según las necesidades que cada residente requiera, por su estado de salud y funcionalidad, con cinco auxiliares de enfermería, tres cuidadoras, certificadas, varios Hermanos Siervos 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. **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 realizaron a diario, garantizando la salud física y mental de los adultos mayores, que les permite tener un entorno higiénico adecuado.
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, enfermería y terapia ocupacional teniendo en cuenta las patologías individuales de los usuarios, todo bien descrito en los informes. 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** reviso 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, **Enfermería:** Se les 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** realizo las actividades según la necesidad del servicio, y con apoyo de los practicantes de psicología, realiza actividades con los usuarios para realizar trabajo cognitivo, asesoró a los usuarios y sus familias en las dinámicas familiares que representan alguna dificultad comportamental. **Medico Dr. House:** La mayoría de los adultos cuentan con el servicio de Doctor House para atender a diferentes eventualidades que se puedan presentar y en otros casos trasladar al servicio hospitalario.
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 fundación 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 solicitud de cambio de actividad, para este periodo aun no recibimos la solicitud de cambio de actividad, aunque manifiestan que permanentemente es atendidos por los profesionales descritos acá en la EPS.
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	Realizaron permanentemente actividades lúdicas, recreativas, ocupacionales, estimulación cognitiva desarrolladas por las diferentes áreas de la Fundación, como gerontología, psicología, Recreacionista, educador físico, en las tardes con la dirección de los hermanos siervos de Jesús de la caridad y con el apoyo de Recreacionista, educador físico del incerde, se realizan también actividades ocupaciones, de mantenimiento físico, actividades de promoción y prevención.
5	Realizar actividades con la red de apoyo de los usuarios.	Realizaron diferentes actividades (profesionales de la fundación), 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.
6	La entidad **ESAL** debe contar con contrato firmado, con un proveedor que cumpla los requisitos legales como prestador de servicios exequiales	No se necesitó realizar el servicio exequias a necesidad, si uno de los usuarios que tienen de cupo persona fallece, durante este periodo nadie falleció.
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 y capacitación sobre comunicación asertiva, celebración cumpleaños, celebración de , diferentes actividades religiosas, salidas a citas médicas con el señor Juan de la Cruz, Antonio José García, Sr Arturo Vargas, quienes continuaban con problemas de salud y sus respectivas revisión.
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 este periodo, la factura, plan de inversiones, paz y salvo parafiscales y planilla de pago y anexos/evidencias de las actividades.

OBSERVACIONES: Se describen las diferentes actividades realizadas durante **Octubre 19 al 31 de Octubre de 2024. Según adición N°3 prorroga N°3** por las diferentes áreas, según lo acordado con la administración municipal en el convenio se describe el cumplimiento de cada una de las actividades.

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	22/03/2024, comprobante de egreso # 781	$ 27.024.816

2	30/04/2024, comprobante de egreso # 1407	$ 29.485.907
3	28/05/2024, comprobante de egreso # 1868	$ 29.485.907
4	28/06/2024, comprobante de egreso # 2497	$ 29.485.907
5	26/07/2024, comprobante de egreso # 3012	$ 36.723.356
6	30/08/2024, comprobante de egreso # 3618	$ 36.812.708
7	27/09/2024, comprobante de egreso # 4138	$ 5.856.438
8	30/10/2024, comprobante de egreso # 4753	$ 17.188.793
9	30/10/2024, comprobante de egreso # 4752	$ 20.338.725

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	$180.165.442
Adición 1	$ 26.537.316
Adición 2	$ 32.166.444
Adición 3	$ 5.361.074
Adición 4	$ 13.938.792
Valor Total (del Contrato o Convenio)	$258.169.068
Valor pagado a la fecha	$ 232.402.557
Valor que falta por cancelar	$ 13.938.792
Valor que falta por ejecutar	$ 11.827.719
Rendimientos financieros (si aplica)	N/A

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	$ 258.169.068
Valor pendiente de pago	$ 13.938.792

Saldo a liberar	$ 11.827.719

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 PADRE MARIANO JOSE, factura N° FVE 50 del 19-11-2024**
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