CONTRATO CONVENIO	x ☐	NÚMERO: FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	CI 003-2024 20 de marzo de 2024
NRO. AVANCE / INFORME DE SUPERVISION	008		
OBJETO: Aunar esfuerzos técnicos administrativos y financieros para la atención integral a los adultos mayores del municipio de sonsón Antioquia que se encuentren en estado de abandono, calle o pobreza extrema según la ley 1276 de 2009 y en cumplimiento de la política pública del adulto mayor.			
DEPENDENCIA CONTRATANTE / ASOCIADA:		**Secretaria de Inclusión Social y Familia**	
CONTRATISTA / ASOCIADO		NOMBRE: CEDULA / NIT	CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO "SAN ANTONIO 890.980.477-2
VALOR INICIAL [$]:		DOCE MILLONES DE PESOS M.L ($ 12.000.000)	
PLAZO:		DESDE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2024	
IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO EN SECOP:		CO1 PCCNTR.6119278	

1. COMPONENTE INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO Y/O CONVENIO
Periodo de Cobro: 27 de noviembre 2024

2. COMPONENTE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y/O CONVENIO		
Registro Presupuestal:	**N°.731**	**Fecha: Día:04 Mes:** 03 **Año:2024**
Requiere Pólizas de Garantías (*)	SI__ NO_x_	**Fecha: Día: Mes: Año:** N/A
Fecha de inicio (*): **(*) Debe ser la misma de la fecha del acta de inicio**	Fecha. **Día:** 20 **Mes:03 Año:2024**	
Duración total del contrato:	Doscientos ochenta y dos (282) días	
Fecha de terminación del contrato:	**Fecha: Día:31 Mes: 12 Año:2024**	

2.1. PRÓRROGAS	
Contrato adicional No:	**Tiempo (días calendario)**
1	
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	
Fecha de Suspensión:	**Tiempo (días calendario)**
1 **Día: Mes: Año**	
2 **Día: Mes: Año**	

2.4. REANUDACIONES	
Fecha reanudación:	**Plazo pendiente para ejecutar (días calendario):**
1 **Día: Mes: Año**	
2 **Día: Mes: Año**	

3. COMPONENTE INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO	
1 Valor Total Contrato:	$12.000.000
2. Valor Cofinanciación (Para convenios)	0
3. Valor Ejecutado a la Fecha	$10.800 000
4. Valor Pagado	$9 600 000
5. Valor a Cancelar	$1.200 000
6 Porcentaje de Ejecución Financiera del Contrato	%90

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	NO
X	

No. Planilla

1068161006

Se revisó certificado firmado por el Revisor Fiscal y/o Representante Legal ___, *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

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 __ 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 FISICA DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO Y/O CONVENIO	%90
Descripción de la ejecución actual del Contrato	

NOTA ACLARATORIA: El siguiente cuadro puede variar según el tipo de contrato del cual se este presentando ejecución. Ejemplo. Contrato de obra

Nº	**Actividades definidas en el contrato** (cláusula de actividades que tiene que ver con el objeto)	**Tareas desarrolladas en el período de Pago** (Tareas realizadas relacionadas con las actividades)
1	Prestar un servicio oportuno y de calidad	La secretaria de Inclusión Social y Familia constata que en el centro de Bienestar del Anciano se brinda atención de calidad al adulto mayor Manuel el cual reside en el lugar en modalidad de hogar de paso, se evidencia que en el centro de bienestar le brindan servicios oportunos, con el apoyo de los auxiliares geriátricos, auxiliares de enfermería y gerontología.
2	Garantizar una alimentación adecuada que cumpla con los requerimientos nutricionales para una persona, mínimo 3 veces al día	Se constata que el director del centro de Bienestar del Anciano vela por el bienestar de los adultos mayores evidenciando que en el lugar se brinda alimentación sana, equilibrada y de buena calidad las tres veces al día cumpliendo con los requerimientos nutricionales. Se evidencia que al adulto mayor don Manuel le proporcionan varios alimentos al día teniendo en cuenta que la dieta de esta persona debe ser equilibrada e hipoglucida
3	Brindar alojamiento y atención integral a los adultos mayores y personas en situación de vulnerabilidad durante las 24 horas del día, los días que sean necesarios.	Se evidencia el cumplimiento de esta obligación especifica puesto que en el centro de Bienestar del Anciano "San Antonio" se brinda atención durante todo el día y la noche al adulto mayor don Manuel el cual se encuentra vulnerable y requiere de cuidados en el centro.

		- **Se constata que el señor Manuel cuenta con grupo de enfermeras para apoyarlo con el vestuario, cambio de pañal, baño diario, limpieza, corte de cabello, y personal que está pendiente de su salud.**
4	Para el hogar de paso se requiere que el establecimiento esté ubicado en el área urbana del municipio de Sonsón, la cual brinde excelentes condiciones de seguridad e higiene.	Se constata que el centro de Bienestar del Anciano está ubicado en la Cl. 10 #7-71, en el área urbana del municipio de Sonsón, Antioquia, es un lugar amplio los adultos mayores pueden movilizarse libremente ya que los espacios están en buenas condiciones de infraestructura y se cuenta con personal que está pendiente de su seguridad y bienestar, los lugares del centro permanecen limpios en muy buenas condiciones de higiene.
5	Contribuir a una gestión efectiva y una transparente ejecución de los recursos públicos	Se verifica que el director del CBA HECTOR IVAN SANCHEZ PAREJA, identificado con la cedula de ciudadanía 70.727.079 realiza una efectiva ejecución de los recursos públicos, los cuales son destinados para el centro de Bienestar del Anciano.
6	Facilitar de manera oportuna la información pertinente, que en el ejercicio de la función de inspección, vigilancia y control que requiera la administración o los organismos de control	Se verifica que el director del CBA HECTOR IVAN SANCHEZ PAREJA, esta presto a facilitar información que sea requerida por entidades que ejerzan vigilancia y control en el municipio o a los organismos de control, Se constata constante comunicación con la gerontóloga municipal, comisaria, hospital, Secretaría de salud y demás entidades que de alguna manera estén relacionadas con el bienestar de los adultos mayores del municipio.
7	Presentar un informe escrito de las actividades desarrolladas en cumplimiento del objeto del contrato cada vez que se tramiten los pagos, describiendo el número de personas beneficiadas, fecha de ingreso, días de permanencia y valor causado	Se constata que este es el informe Nº 008 de las actividades ejecutadas en bienestar del adulto mayor don Manuel Antonio el cual es atendido en hogar de paso en el centro de bienestar del Anciano, en el informe se detalla las actividades realizadas, y evidencia fotográfica de la atención brindada. Se verifica en la evidencia fotográfica aportada por el contratista que el señor Manuel recibe atención de enfermeras, también apoyo de los mismos para realizar su higiene personal.
8	Prestar el servicio de custodia cuando sea requerido de conformidad con los casos que	Se evidencia atención integral todos los días de la semana y el director está presente y en constante comunicación

	se vayan presentado, de acuerdo a las indicaciones de la Secretaria de Inclusión Social y Familia	con la supervisora del convenio interadministrativo medida que se vayan presentando casos de adultos en estado de abandono.
	Atender con diligencia, oportunidad, celeridad y cuidado las sugerencias, observaciones y requerimientos planteados por la administración municipal en desarrollo del presente convenio	Se verifica que el director del CBA HECTOR IVAN SANCHEZ PAREJA, da pronta respuesta a las solicitudes, quejas , reclamos, tramites o sugerencias que surjan desde la administración municipal con relación a la atención brindada en el centro de bienestar al anciano o cualquier otra novedad que se presente en la ejecución del convenio.
	Evitar la ejecución de actividades que no estén contenidas como obligaciones contractuales, en caso de ser ejecutadas, no serán reconocidas ni remuneradas por parte de la entidad contratante	Se evidencia que se ejecutan las obligaciones contractuales contenidas en el convenio interadministrativo.
	Ejecutar las obligaciones contractuales de buena fe, evitando en todo caso la configuración de una relación de subordinación	Se verifica que las obligaciones contractuales son ejecutadas de buena fe.

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)	**N/A**

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

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

CUANDO SE TRATE DEL CORTE DE CUENTAS DEL ÚLTIMO PAGO 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	Factura y/o Cuenta de cobro con la debida fecha de cobro
2	Informe de seguimiento / supervisión
3	Informe de actividades
4	Evidencias
5	Pago de seguridad social
6	Rut actualizado en cada informe
7	Registro presupuestal
8	Certificación bancaria

7. VALIDACIÓN DEL PAGO

La secretaria de inclusión social y familia en calidad de ordenadora 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

KATHERIN SANCHEZ SANCHEZ
Nombre del Ordenador del gasto

Firma del Ordenador del Gasto
Cédula Nro: 1.047.971.813

KATHERIN SANCHEZ SANCHEZ
Nombre del Supervisor y/o Interventor

Firma Supervisor y/o Interventor
Cédula Nro:1.047.971.813