## 1. COMPONENTE INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO

Marque con una X el tipo de documento:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CONTRATO** | | **CONVENIO** | X | **Registro presupuestal Nro:** 468 | **Valor:** $92.619.030 |
| **Número de Contrato:** 2020.04.11.012.090 | | **Día: Mes: Año:** 18/02/2020 | | **Fecha del informe:** | **Mes:** Mayo 2020 |
| **Objeto: BRINDAR ATENCION INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES Y/O EN SITUACION 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** | | | | | |
| **Periodo de Cobro:** 21 de Marzo al 20 de Abril de 2020 | | | | | |
| **Nombre Contratista:** **Corporación San Miguel Arcángel- Antioquia** | | | | **Cédula o NIT:** **900-468-564-6** | |

## 2. COMPONENTE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y/O CONVENIO

| | | |
|---|---|---|
| **Registro Presupuestal (artículo 42 ley 80):** | **Nº.** 468 | **Día:** 12 **Mes:** 02 **Año:** 2020 |
| **Requiere Pólizas de Garantías (*)** | SI_x_ NO__ | **Fecha: Día:20 Mes:** 02 **Año:** 2020 |
| **Fecha de inicio (*):** **(*) Debe ser la misma de la fecha del acta de inicio** | **Fecha:** Día: 21 Mes: febrero Año: 2020 | |
| **Duración total del contrato:** | Siete meses y quince días, sin sobrepasar el 31 de diciembre de 2020 | |
| **Fecha de terminación del contrato:** | **Fecha: Día: 05 Mes: 10 Año: 2020** | |

### 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 | | |

| | | |
|---|---|---|
| 3 | | |

| 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_____

| 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: | $ 92.619.030 |
| 2. Valor Cofinanciación (Para convenios): | $0 |
| 3. Valor Anticipo o Pago anticipado. | $0 |
| 4. Valor Acta Rubro:3.3.3.1.4.1.1.099 | $ 10.232.186 |
| 5. Valor ejecución del contrato a la fecha del informe | $ 20.817.218 |
| 6. Relación de los costos y gastos causados por el Contratista durante la ejecución del contrato. | $0 |

| 3.1 RENDIMIENTOS | | | |
|---|---|---|---|
| El contrato o convenio generó rendimientos: SÍ_____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

| | | |
|---|---|---|
| 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.<br><br>Se revisó certificado firmado por el Revisor Fiscal y/o Representante Legal de **La Corporación San Miguel Arcángel- Antioquia** *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 x | NO |
| | No. Planilla: **43841078** | |

### 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.<br>*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.* | SI _X_ | NO __ |
| | X | |

## 5. COMPONENTE TÉCNICO

### 5.1. ESTADO DE AVANCE DEL OBJETO CONTRATO

| | |
|---|---|
| **PORCENTAJE DE EJECUCION FINANCIERA DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO Y/O CONVENIO** | 22.4 % |

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

| 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 | Presentar un plan de inversión destinado al funcionamiento y dotación para el buen desarrollo del objeto del presente convenio. | **Tarea 1 relacionada con la actividad planeada.**<br>Se recibe el plan de inversiones correspondiente a la atención de seis (6) adultos mayores<br><br>Cabe anotar la novedad de egreso por fallecimiento del Señor Alberto Molina el día 09 de abril. Y el ingreso del Señor Guillermo Franco el día 15 de abril. |
| 2 | Prestar atención integral a los adultos mayores garantizando el cumplimento de los derechos fundamentales consagrados en la normativa vigente | **Tarea 1 relacionada con la actividad planeada.**<br>Los seis (6) adultos mayores son atendidos mediante actividades ocupacionales, asistenciales (medicina, enfermería), intervenciones terapéuticas, procedimientos de higiene personal. |

| | | |
|---|---|---|
| | | A su vez Psicología, Nutrición, Fisioterapia, Trabajo Social, a lo que se suma Gerontología quien ejerce también las funciones de coordinación de la institución.<br><br>Se destaca que el informe aporta consolidado usuario por usuario lo que permite tener un seguimiento oportuno de la situación, físico y mental de la población adulta mayor atendida.<br><br>Se dio el fallecimiento del señor Alberto de Jesús Molina el 09 de Abril y el ingreso del Señor Guillermo Franco el 15 de Abril de 2020 |
| 3 | Presentar al municipio en las fechas estipuladas, el informe de ejecución mensual y sus anexos (planillas, registros fotográficos, listados de los beneficiarios). | **Tarea 1 relacionada con la actividad planeada:**<br>Se recibe la factura, informe con sus soportes, aportes parafiscales, plan de inversiones. |
| 4 | Las que se deriven de la naturaleza del presente convenio y que garanticen su cabal y oportuna ejecución. | **Tarea 1 relacionada con la actividad planeada:**<br>Se evidencia la realización de actividades desde las diferentes áreas de atención, en nutrición, medicina, Psicología, trabajo social, enfermería de acuerdo a necesidad por patologías individuales, fisioterapia y terapia ocupacional. |
| 5 | Cumplir con los servicios y/o actividades adicionales presentadas en la propuesta. | **Tarea 1 relacionada con la actividad planeada:**<br><br>Soportan realización de capacitación por parte del área de Psicología en el tema Habilidades para la vida .<br><br>Evidencian compras no pos consistentes en: pañales, insumos médicos y medicamentos no pos, los cuales se soportan con facturas por valor de: $120.000<br><br>Y el cuidado asistencial 24 horas por personal de enfermería. |
| 6 | Las demás actividades necesarias para cumplir con el objeto y la discriminación del valor total del convenio, de acuerdo a los requerimientos que realice el supervisor del convenio. | **Tarea 1 relacionada con la actividad planeada:**<br>La Corporación San Miguel Arcángel Antioquia se acoge a las directrices generadas por el Ministerio de Protección Social, desde el día 13 de marzo del año en curso, donde se dictan "Recomendaciones para prevención, manejo y control de la infección respiratoria aguda Coronavirus", por medio de la cual se adoptan las medidas en pro de la protección de los usuarios |

| | | |
|---|---|---|
| | | como :<br>Restringir las visitas familiares dentro de las instalaciones de la Corporación.<br>Prohibir las salidas de los usuarios a medio familiar.<br>Crear de canales de comunicación entre las familias y los usuarios alternativas como video llamadas y llamadas en altavoz tomando todas las medidas de aseo, higiene y seguridad (lavado de manos, implementos de seguridad como guantes y tapabocas, uso de desinfectantes). |

**OBSERVACIONES:** El señor Guillermo Franco ingresado el 15 de abril de forma extraordinaria por una situación de calle y alteración de la convivencia ciudadana compleja en el Municipio de La Ceja. Si bien no se tenía registro del sisben que certificara residencia permanente del adulto mayor en el Municipio, se obtiene el certificado adjunto expedido por Registraduria donde consta que está clasificado como Colombiano de Oro, que conforme a la Ley 1091 de 2006 se reconoce a la persona colombiana mayor de sesenta y cinco (65) años, residente en el país, debidamente acreditada mediante una tarjeta especial expedida por la Registraduria Nacional del Estado Civil (RNEC), para garantizar el acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud y recibir protección social en las diferentes instituciones, tanto públicas como privadas.

**5.2. TERMINACIÓN SATISFACTORIA DEL CONTRATO**

1. Es recomendable que se presenten las acciones de seguimiento al desempeño del personal contratado.
2. Anexar todas las evidencias que se consideren necesarias para soportar las actividades realizadas por las unidades contratadas.

**5.3. RECOMENDACIONES**

Se termina el Contrato: SI NO __X__

Solo aplica para los contratos de prestación de servicios y de apoyo a la gestión.

**6. ANEXOS**

| | |
|---|---|
| 1 | Informe de actividades presentado por: Corporación San Miguel Arcángel, soportes de actividades adicionales y factura No 3097 |
| 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. |

**Nombre del Supervisor y/o Interventor**

CLAUDIA PATRICIA GÓMEZ LONDOÑO

**Firma Supervisor y/o Interventor**
**Cédula No: 39.192.520**