CONTRATO CONVENIO	**X** ☐	NÚMERO:	**2025.04.11.15.004.003**
		FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**27/12/2024**
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:	**MANOS QUE TRANSFORMAN Y CONSTRUYEN FUNDACIÓN**
		CEDULA / NIT	**901.823.225-0**
VALOR INICIAL [$]:		TRESCIENTOS DIEZ Y NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL OCHO PESOS M/L ($319.499.008)	
PLAZO:		El plazo de ejecución del presente contrato será de once (11) meses, contados a partir del inicio del contrato en el SECOP II y en todo caso sin exceder el 31 de diciembre de 2025.	
IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO EN SECOP:		**2025.04.11.15.004.003 SECOP II**	

1. COMPONENTE INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO
Periodo de Cobro: DEL 02 DE AGOSTO AL 01 SEPTIEMBRE DE 2025

2. COMPONENTE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y/O CONVENIO		
Registro Presupuestal:	**Nº. 005**	**Fecha: Día: 02 Mes: 01 Año: 2025**
Requiere Pólizas de Garantías (*)	S **X**_ NO__	**Fecha: Día: 30 Mes:** 12 **Año: 2024**
Fecha de inicio (*): **(*) Debe ser la misma de la fecha del acta de inicio**	Fecha: Día: **02** Mes: **01** Año: **2025**	
Duración total del contrato:	Once (11) meses, contados a partir del inicio del contrato en el SECOP II y en todo caso sin exceder el 31 de diciembre de 2025.	
Fecha de terminación del contrato:	**Fecha: Día: 30 Mes:** 11 **Año: 2025**	

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	
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**

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:	$ 319.499.008
2. Valor Cofinanciación (Para convenios):	$
3. Valor Anticipo o Pago anticipado.	$
4. Valor Pago (Debe ser igual al valor de la factura o cuenta de cobro presentada por el Contratista)	$28.481.728
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).	$218.191.747

3.1 RENDIMIENTOS

El contrato o convenio generó rendimientos: SÍ_____NO_____

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

SI	NO
X	

No. Planilla:**79566185**

Se revisó certificado firmado por el Revisor Fiscal y/o Representante Legal de **MANOS QUE TRANSFORMAN Y CONSTRUYEN FUNDACIÓN** *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
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		**68.29 %**
Descripción de la ejecución actual del Contrato (De acuerdo con el cronograma de actividades. TRANSCRIBIR		
Nº	**Actividades u obligaciones**	**Tareas desarrolladas en el período de Pago** (Tareas realizadas relacionadas con las actividades)
1	Atención integral a los Adultos Mayores Institucionalizados garantizando las siguientes condiciones mínimas: Alimentación: (Cinco veces al día). Desayuno media mañana, almuerzo, algo y comida, alojamiento, primeros Auxilios, cuidados de enfermería y acompañamiento del usuario a la atención medica en caso de presentar una urgencia y acompañamiento de cuidado en caso de hospitalización, lavado y arreglo de ropas durante la estancia del Adulto mayor el Centro de Bienestar.	Se dio cumplimiento a las actividades del convenio, No **2025.04.11.15.004.003** corresponden a: **EL PERIODO DEL 02 DE AGOSTO AL 01 DE SEPTIEMBRE con la atención a doce adultos mayores (12)** **ALIMENTACIÓN:** • Se cuenta con una manipuladora quien tiene continuo acompañamiento y orientación por parte de un profesional en nutrición y dietética en lo relacionado con la preparación de los alimentos y el cumplimiento de la minuta establecida, con el fin de que la manipulación se realice bajo los parámetros de las buenas prácticas y lo exigido por la normatividad vigente. • Los usuarios recibieron el número de raciones alimentarias que se acordaron en el convenio y algunos complementos según lo recomendado por el nutricionista del centro día gerontológico, se elaboró la minuta acorde a la patología de cada uno de ellos, se le ofrece a cada usuario desayuno, media mañana, almuerzo, algo y comida.

ALOJAMIENTO: Cada uno de los usuarios conto con espacio adecuado (cama con su dotación, acceso a unidades sanitarios y duchas, comedor, espacios de recreación entre otros) para permanecer en condiciones dignas, durante su estancia en la Fundación, espacios que le permiten a cada uno de los usuarios tener la seguridad y comodidad necesaria facilitándoles desenvolverse en un hábitat y entorno higiénico y seguro que mejora las condiciones de ellos.

PRIMEROS AUXILIOS Y ACCIONES DE ENFERMERÍA:
Como parte de las acciones de promoción y prevención se realizaron actividades como:

- Toma de signos vitales diariamente.
- Administración de medicamentos según ordenes médicas y/o de especialistas 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
- Acciones orientadas al control de sus patologías y acordes a la propuesta presentada como estar pendiente de su bienestar integral
- Se realizó la consecución de citas a través de tele consulta y presenciales para renovar fórmulas de medicamentos y citas por especialistas

ACOMPAÑAMIENTO DEL USUARIO A LA ATENCIÓN MÉDICA EN CASO DE PRESENTAR UNA URGENCIA: Se realiza acompañamiento a citas médicas a Rionegro, y al Hospital de la Ceja y a los respectivos exámenes médicos a los usuarios según la necesidad presentada

LAVADO Y ARREGLO DE ROPA: Continuamente se realizó el lavado, secado y la

		desinfección del vestuario y lencería, así como también de las camas y colchones garantizando la salubridad y estabilidad física y mental de los usuarios, esta actividad se evidencia en el informe y sus anexos, se asignó un nochero por usuario y un closet para el guardado de ropa y elementos personales **Anexo 2 evidencia de actividad N° 1 del convenio.**
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.	Se realizaron actividades desde las diferentes asesorías, orientaciones y capacitaciones de profesionales como: psicología, Licenciado en Educación Física, enfermería, gerontología, y Nutrición; teniendo en cuenta las patologías individuales de los usuarios **ÁREA GERONTOLÓGICA:** Para este periodo se realizaron las siguientes actividades: • Se hace seguimiento al cronograma gerontológico para prestar una óptima atención al adulto mayor. • Se plantea en conjunto con la administradora del centro el fortalecimiento de los procesos según la normatividad vigente. • Apoyo a la elaboración de los documentos exigidos por la normatividad colombiana para el cumplimiento de los lineamientos para el funcionamiento del centro. • Se realiza el segundo plan de mejora en la verificación del plan de mejora que se solicitó por parte de la dirección de atención al adulto mayor, luego de realizada la segunda visita de inspección y vigilancia. • Se realiza seguimiento a los procesos de los adultos mayores en las historias gerontológicas. • Se continua trabajando el modelo gerogogica que se está conformando con el centro día gerontológico y las demás instituciones que prestan servicios de atención al adulto mayor.

		ÁREA DE ENFERMERÍA: • Se realizaron acciones orientadas al control de las patologías de cada uno de los usuarios y acordes a la propuesta presentada para garantizar el bienestar integral de cada uno de ellos. • Se acompañó las actividades de aseo e higiene personal de los usuarios y las actividades cotidianas. • Monitoreo constante del estado de salud de los usuarios **AREA DE NUTRICION** • Durante este periodo no se realizó seguimiento nutricional a los usuarios, se continúa vigilando la ingesta adecuada de los alimentos de cada uno de los usuarios. • Se realiza dos tomas de batidos que complementan la nutrición de los usuarios. • Se realiza seguimiento a la minuta nutricional, reunión con la manipuladora de alimentos para organizar las recomendaciones dadas por la gerontóloga. • Valoración por nutrición a los usuarios nuevos Héctor Antonio Cardona , José Iván Valencia Ramírez **ÁREA DE PSICOLOGÍA:** se cuenta con una Psicóloga en la institución, la cual tiene todos los requerimientos de ley para prestar el servicio. Su nombre es: **ALBA CIELO VARGAS CARDONA, CC 43.862.191 de la Unión.** La psicóloga asiste dos veces en la semana con la atención a adultos mayores que se identifican con algunos cambios en su estado de ánimo o comportamiento, igualmente tiene un periodo de atención con el recurso humano de la institución para fortalecer la forma de atención. Realizo la evaluación a los adultos mayores que ingresan nuevos.

		Los demás profesionales que acompañan en la institución realizan las acciones descritas en los anexos presentados en el numeral 2. Cada semana se hace las atenciones psicológicas, tanto individual como grupal como herramienta para la ejecución y cumplimiento del plan de trabajo estipulado. Los testimonios recogidos reflejan un alto nivel de satisfacción emocional en los adultos mayores residentes. Se evidencian sentimientos de gratitud, tranquilidad, protección y felicidad, especialmente asociados a: • Ambiente seguro y cuidado integral • Alimentación adecuada • Buen trato por parte del personal • Ausencia de preocupaciones cotidianas Estas condiciones propician un entorno emocionalmente estable, lo que es esencial para la salud mental en la vejez. En muchos casos, la estabilidad que ofrece el hogar geriátrico compensa experiencias pasadas de carencias, dolor o pérdidas familiares. **Vínculos Afectivos y Redes de Apoyo** A pesar de que algunos no reciben visitas presenciales frecuentes, se sienten acompañados a través de llamadas y preocupación constante de sus seres queridos. La comunicación afectiva, aunque sea a distancia, cumple una función de contención emocional. "Me llaman y están al pendiente. Si necesito algo, ellos están pendientes" Este aspecto, junto con la calidez del entorno institucional, favorece el sentido de pertenencia y el estado anímico positivo. **Percepción del Cuidado Institucional** La atención brindada en la fundación se percibe como cálida, digna y humana. Esto se refuerza a través de: • Personal capacitado en comunicación asertiva y solución de conflictos

		• Enfoque en la política del cuidado, una de las banderas de la administración Municipal • Enfoque integral: alimentación, salud física, salud mental, higiene, recreación "Desde que estoy acá me siento muy bien... me siento bien cuidado y no me tengo que preocupar por nada" La percepción de cuidados dignos es un pilar clave en la salud mental geriátrica, ya que reduce la ansiedad, fortalece la autoestima y mejora la calidad de vida. **Actividad, Participación y Sentido de Vida** La participación en actividades como la gimnasia es vista como gratificante, contribuyendo al bienestar físico y emocional. Además, el deseo de ayudar al personal Muestra que muchos residentes aún sienten que pueden aportar y ser útiles, lo cual es esencial para mantener el sentido de propósito en la vejez. "Me gusta ayudarlas y así me siento más cómodo" **Conclusión General** Desde el ámbito geriátrico, los adultos mayores en la Fundación Manos que Transforman presentan un buen estado emocional general, adecuado procesamiento del pasado y una integración saludable al entorno institucional. El cuidado integral, la atención humanizada y el reconocimiento de su historia de vida les permiten transitar esta etapa con tranquilidad, gratitud y dignidad. Se sugiere continuar fortaleciendo: • La estimulación cognitiva y física • redes de apoyo afectivas • El espacio para la expresión emocional individual y grupal • Actividades que fortalezcan el sentido de pertenencia y utilidad • Capacitación al personal de apoyo **Anexo 3: Evidencias de Intervención de las diferentes áreas, actividad N° 2**

3	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.	**ACTIVIDADES RECREATIVAS:** Nuestros adultos mayores continuamente están participando de alguna actividad, la cuidadora y las auxiliares velan porque el tiempo de ocio que tienen estos en el hogar sea reemplazado por actividades simples, ver tv, jugar con juegos de mesa. etc. **ACTIVIDADES OCUPACIONALES:** contamos con el apoyo de la Biblioteca Municipal con el club de lectura y de música, espacio que los adultos mayores disfrutan y comparten con los otros adultos mayores. Además de mantenerlos ocupados realizando otras actividades de concentración y memoria tales como: parques, dominó, sopas de letras. Cartas etc. **ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO FÍSICO:** El licenciado en educación física recreación y deporte realizo trabajos de fuerza con auto carga, con el propio cuerpo, con bastones y con pelotas medicinales, también se hicieron trabajos de movilidad articular, dinámicas con pelota para trabajar la coordinación, la lateralidad, y solución de problemas simples, también trabajos de flexibilidad en algunos adultos mayores que lo requieren para mejorar la movilidad. Y algunas dinámicas de juego para que se integren un poco y de distraigan, igualmente se está contando con el acompañamiento de una vez a la semana de un profesional de actividad física del centro día gerontológico. **ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN:** en el centro estamos muy pendientes de la salud física y mental de los adultos que nos acompañan, por lo tanto, tenemos un cronograma de las citas médicas generales y con especialistas que cada uno de ellos requiere. Y así mismo suministrarles los medicamentos que les sean ordenados. Algunas de las actividades de P y P son:

		• Gestionar citas para su atención a través de diferentes especialidades con el fin de garantizar su estabilidad mental, y física. • Intervenciones psicosociales como: Diagnóstico temprano para promover el tratamiento oportuno y óptimo con las **EPS.** • Charlas educativas en promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a entender y comprender los buenos hábitos alimentarios y su importancia en el mantenimiento de nuestra salud, así como también la importancia de la actividad física para el sano desarrollo de nuestro cuerpo **APOYO ESPIRITUAL:** se recibe la sagrada comunión de parte de los hermanos religiosos de la comunidad Mariano José los jueves de cada semana, además de asistir a la sagrada eucaristía que de forma mensual se realiza en el centro. **Anexo 4: Actividad N° 3, Evidencia de actividades recreativas, actividades ocupacionales, mantenimiento físico, actividades de promoción y prevención y apoyo espiritual.**
4	Realizar actividades educativas y de acompañamiento de las diferentes áreas con las redes de apoyo de los usuarios.	Se realiza de forma individual de acuerdo con el número de visitas, una charla educativa respecto al buzón de sugerencia, que pueden escribir en él, peticiones, felicitaciones, quejas y reclamos respecto al centro de atención. Se tiene programado para el mes de septiembre una capacitación sobre la ley 1850 del 2017 con la gerontóloga. **Anexo 5: Actividades con la red de apoyo del usuario, actividad 4**
5	La entidad **ESAL** debe contar con contrato firmado, con un proveedor que cumpla los requisitos legales como prestador de servicios exequibles	Se realiza el servicio exequias a necesidad, durante el periodo no se presenta el fallecimiento de ningún adulto mayor. **Anexo 6: actividad 5**
6	Desarrollará actividades para celebración	Se realizó celebración del mes del adulto mayor en el centro día gerontológico y tuvimos

	de fechas especiales y significativas para los adultos mayores.	diferentes actividades de trabajo social para celebrar el mes del adulto mayor en la institución. **Anexo 7: Actividad N° 6**
7	Permanencia de profesionales según lo amerite el servicio que ayuden a enriquecer los procesos de calidad en la atención.	Para el Funcionamiento y prestación de servicios con calidad se tiene contratado el siguiente personal 4 auxiliares de enfermería con turnos 24/7 1 auxiliares de servicios generales 1 manipuladora de Alimentos 1 cuidadora. Y los siguientes Profesionales Universitarios: licenciado en educación física recreación y deporte, Psicología, Nutricionista y gerontología. **Anexo 8:** Cada uno de los contratos y las actividades de los profesionales reposan en los expedientes de la institución.
8	Todas las demás que se requieran para el bienestar del beneficiario y el cumplimiento al objeto del contrato	Ejecución de actividades lúdicas y recreativas y culturales con encuentros para el uso adecuado del tiempo libre **Anexo 9: Actividad N° 8** Se realizan actividades complementarias cuando el servicio lo amerita.
OBSERVACIONES: Cada una de las actividades se cumplió como se describe en el informe y en cada uno de los anexos, se realiza el estudio de los casos de cada usuario.		

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:

5.3.1. 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)	

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	
Valor pendiente de pago	
Saldo a liberar	

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

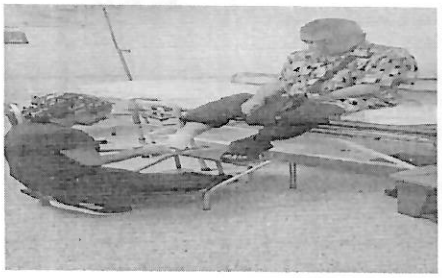
1. Informe de ejecución presentado por: : **MANOS QUE TRANSFORMAN Y CONSTRUYEN FUNDACIÓN, factura N° FCMF-15 de 03/09/2025**
2. Certificado de paz y salvo por pago de Seguridad Social, Riesgos Profesionales, Pensiones y Aportes Parafiscales, firmado por el Revisor Fiscal y/o el Representante Legal de la Entidad.
3. Soportes que evidencien el desarrollo de las actividades contractuales tales como registro fotográfico, planillas, constancias, actas u otros.

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

ANEXO EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS







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