MUNICIPIO LA CEJA DEL TAMBO	**INFORME DE SEGUIMIENTO A LA CONTRATACIÓN**	Código: F-CT-032
		Versión: 03
		Fecha: 21/09/2018
		Página 1 de 6

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:** JULIO 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 Mayo al 20 de Junio 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		

2/07/2020

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	$ 10.585.032
5. Valor ejecución del contrato a la fecha del informe	$ 41.987.282
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. 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: 44571473	

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. *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	45.33 %

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.** Se recibe el plan de inversiones correspondiente a la atención de seis (6) adultos mayores
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.** Se cumplió con las actividades para una atención integral, de seis (6) adultos mayores correspondientes a la atención profesional desde las áreas de medicina, enfermería profesional, nutrición, fisioterapia, terapia ocupacional, psicología, trabajo social, asistencia a las actividades de la vida diaria y cumplimiento de órdenes médicas y terapéuticas por auxiliares de enfermería

		bajo supervisión de ENFERMERA profesional, alojamiento, alimentación, higiene personal y apoyo espiritual de los adultos mayores. Se destaca que el informe aporta un seguimiento oportuno de la situación, físico y mental de la población adulta mayor atendida.
		Tarea 2relacionada con la actividad planeada: A la fecha y de acuerdo descripción de la atención recibida por parte de cada uno de los usuarios se observan buenas condiciones de los mismos en cuanto a su salud fisca y atención integral de acuerdo a cada área así: **Área Social**: Se brindo espacios de escucha activa con el fin de favorecer la estabilidad de los usuarios que han presentado alteraciones comportamentales, así mismo, se ha brindado orientación de la situación actual que se vive por el COVID 19. **Área de Psicología**: Se observa que en términos generales que los comportamientos característicos de cada uno de los usuarios se encuentran estables. Solo el señor **FRANCISCO MATAJIRA TORRA** usuario que para el periodo ha presentado alteraciones comportamentales, no ha tenido disposición para entablar comunicación con su red familiar. **Área de Nutrición:** De acuerdo al informe desde esta área en general los usuarios están en buenas condiciones manteniéndose estables a nivel nutricional. **Terapia Ocupacional:** Se da una Participación de los usuarios de acuerdo a sus gustos ,capacidades y estado de animo . **Fisioterapia:** De acuerdo a lo observado en el informe de Fisioterapia, Durante la ejecución de actividades programas durante este periodo de informe los usuarios presentan adecuada respuesta, logrando ejecutar satisfactoriamente las actividades propuestas. **Medicina:** Cuatro uusarios recibieron cita medica por telemedicina, con el fin de realizar reformulacion de medicamentos.En terminos generales de acuerdo a lo relacionad con el informe los uasrio se encustran estables con relacion a su salud fisica.

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:** Se recibe informe con la descripción de los diferentes servicios y actividades desarrolladas y los respectivos soportes como cronograma de actividades, registro fotográfico, factura, aportes parafiscales y plan de inversiones.
4	Las que se deriven de la naturaleza del presente convenio y que garanticen su cabal y oportuna ejecución.	Cumplieron con las 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 de acuerdo a lo establecido en el cronograma general de actividades establecidas de lunes a Domingo y lo evidenciado en la descripción de la atención recibida por parte de cada uno de los usuarios.
5	Cumplir con los servicios y/o actividades adicionales presentadas en la propuesta.	**Tarea 1 relacionada con la actividad planeada:** Se Cumplió con los servicios y/o actividades adicionales presentadas en la propuesta como las compras no pos consistentes en: pañales, insumos médicos y medicamentos no pos, los cuales se soportan con facturas por valor de: $150.000 Igualmente, Se garantizó el cuidado asistencial integral de los usuarios durante las 24 horas (Por un Auxiliar en 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:** Se realizo capacitación permanentemente a los usuarios institucionalizados en temas referentes al COVID-19, sus cuidados y las implicaciones de no acatar las recomendaciones. Se realizo contacto telefónico con las familias de los usuarios con la finalidad de mantener el contacto entre los usuarios y sus familias y las familias y la institución, lo anterior por cuanto la pandemia por COVID-19, nos impide los encuentros presenciales.

		Se adoptado los protocolos exigidos por el ministerio de salud para evitar la entrada del COVID-19 a la institución.

OBSERVACIONES: Plantear otros retos en materia de salud mental. Hacer más énfasis en las acciones complementarias que desde la ocupación del tiempo libre se han implementado dado el aislamiento, COVID19

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 3128
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