DATOS GENERALES

Periodo al que corresponde el Informe	A	20	09	2025		25		09		2025		
¿Se reporta algún desempeño deficiente o a mejorar?	SI [ ]				NO [X]							
Porcentaje de Ejecución	**FÍSICA**				**PRESUPUESTAL**							
	100%				94.57%							

DATOS DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR	**DUBERNEY GUTIÉRREZ ZAPATA**
DEPENDENCIA	Secretaria de Desarrollo Social
CARGO	Secretario de Desarrollo Social
MUNICIPIO	Santa Rosa de Cabal

DATOS DEL CONTRATO SUPERVISADO

NUMERO DE CONTRATO	**509-2025**
FECHA DE CONTRATO	19 de junio de 2025
CONTRATISTA	**UNIÓN TEMPORAL NUEVA ESPERANZA SANTA ROSA DE CABAL**
CEDULA DE CIUDADANÍA O NIT	900038770-2
PROYECTO	Fortalecimiento de Estrategias Enfocadas a Lograr una Vejez Digna para los Adultos Mayores del Municipio de Santa Rosa de Cabal
VALOR APORTE MUNICIPIO	**$628'246.430**
VALOR PERIODO INFORME	**$37'251.790.92**
PLAZO	tres (3) meses – seis (6) días
FECHA ACTA DE INICIO	20 de junio de 2025
FECHA TERMINACIÓN PROYECTADA	25 de septiembre de 2025
ADICIÓN	N/A
PRÓRROGA	N/A
SUSPENSIÓN	N/A
Objeto: "AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS, OPERATIVOS Y FINANCIEROS, PARA BRINDAR ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN CONDICIÓN DE DESPROTECCIÓN SOCIAL Y FAMILIAR A TRAVÉS DE LOS CENTROS DE LARGA ESTANCIA UBICADOS EN EL MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL"	

SEGUIMIENTO CONTRACTUAL

1. **Cumplimiento del Objeto**: Se da cumplimiento en un 100%, con las actividades descritas en el Contrato.

2. **Grado de Cumplimiento de las Obligaciones:**

NÚMERO DE OBLIGACIÓN	OBLIGACIÓN	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	NO APLICA	OBSERVACIONES
1.	Brindar a setenta y ocho (78) personas mayores el servicio de alojamiento en el centro de larga estancia, contribuyendo a la satisfacción de sus necesidades básicas, suministrando una alimentación diaria, sana,balanceada y nutricional (Desayuno, refrigerios (en la mañana y en la tarde), almuerzo, cena, según minuta alimentaria que asegure la ingesta necesaria a nivel proteínico calórico y la cual deberá ser aquella elaborada y firmada por Nutricionistay aprobada por la Supervisión del convenio realizado en el primer semestre del presente año.			**X**			Se anexa listados de los 74 adultos mayores atendidos, con huellas o firmas. Se anexa minuta firmada por la Dra. PAOLA ANDREA HERRERA BELTRÁN (Nutricionista) Se anexa registro fotográfico cumpliendo con el alcance N° 1
2.	Suministrar a veinte (20) adultos mayores el kit incontinencia mensual (paquete de pañales x 90), de acuerdo con sus necesidades ycrema anti escaras de 500 mg.			**X**			Se anexa copia de listados firmados Se anexa registro fotográfico de dicha actividad cumpliendo con el alcance N° 2
3.	Prestar el servicio de lavandería y arreglo de ropas diaria para que sus ropas permanezcan limpias, garantizando su buena presentación.			**X**			Se anexa registro fotográfico de dicha actividad cumpliendo con el alcance N° 3.

4.	Garantizar la adecuada infraestructura y buenos procesos de higiene, según la normatividad aplicable para el caso (POES)			**X**			Se anexa registro fotográfico demostrando el cumplimiento del alcance N° 4.
5.	Brindar la atención y el acompañamiento requerido para los tratamientos médicos de los adultos mayores, apoyados en los recursos y actores de la seguridad social en salud vigente en Colombia, contando con carpetas por usuario, donde se evidencie el proceso de los adultos mayores, su documentación y demás aspectos necesarios para una buena administración, como son: (i) Solicitud y acompañamiento a citas y controles médicos, (ii) Administración de medicamentos prescritos, (iii) Atención y seguimiento a los tratamientos médicos, dando cumplimiento a las disposiciones de la Ley 1315 de 2009, lineamientos técnicos y anexos.			**X**			Se anexa informe de gerontólogo. Se anexa informe de enfermeras. Se anexa registro fotográfico de dicha actividad cumpliendo con el alcance N° 5.
6.	Contratar el personal mínimo requerido conforme a lo establecido en el presente proceso, en cantidad suficiente para satisfacer en forma permanente y adecuada la atención integral de los residentes, de acuerdo con el número y condicionesfísicas y psíquicas. Las cuáles serán determinadas por el Ministerio de la Protección Social conforme al alcance del (centro de protección; este personal deberá estar afiliado el sistema de Seguridad Social Integral salud, riesgos profesionales y pensión y aportes a Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, si a ello hubiese lugar; garantizando como mínimo conforme a la propuesta presentada.			**X**			Se anexa pagos de seguridad social con los respectivos soportes de la Contadora de la Unión Temporal Se anexa registro fotográfico demostrando el cumplimiento del alcance N° 6

7.	Garantizar que en horario nocturno la prestación del servicio esté a cargo de mínimo dos personas, cualquiera que sea el número de residentes o su condición de dependencia.			**X**			Se anexa registro fotográfico de dicha actividad cumpliendo con el alcance N° 7
8.	Implementar y otorgar estricto cumplimiento a los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y de la Protección Social para la Prevención, Contención y Mitigación del COVID-19 en personas mayores para los Centros de Protección Social de larga estancia.			**X**			Se anexa registro fotográfico de dicha actividad cumpliendo con el alcance N° 8
Concepto General del Cumplimiento de las Obligaciones.				**X**			Cumplimiento Satisfactorio

3. Recomendaciones o sugerencias acerca del desempeño del Contratista: Ninguna

4. Relación de Pagos a la Seguridad Social y Aportes Parafiscales:

La UNIÓN TEMPORAL NUEVA ESPERANZA, presenta Certificación de cumplimiento al pago de todas las obligaciones sobre Seguridad Social Integral y Parafiscales, firmado por la Contadora Pública LAURA CECILIA GIRALDO MARÍN T.P. 120446-T y la Representante Legal señora Regina Rojas de Grajales, dicha Certificación tiene como soporte: Certificación expedida por la FUNDACIÓN CENTRO DE BIENESTAR Y VIDA BETSABÉ ARBELÁEZ, Nit. 891.409.699-8, donde manifiestan estar a Paz y Salvo en los pagos al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales firmado por la Contadora Pública LAURA CECILIA GIRALDO MARÍN T.P. 120446-T y la Representante Legal Regina Rojas de Grajales y Certificación expedida por la SOCIEDAD SAN VICENTE DE PAÚL (ALBERGUE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS) Nit. 891.408.283-3, donde manifiestan estar a Paz y Salvo en los pagos al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales, firmado por la Contadora Pública LAURA CECILIA GIRALDO MARÍN T.P. 120446-T.

5. Resultado esperado al finalizar el Contrato:

El cumplimiento satisfactorio de todos y cada uno de los alcances del contrato.

6. Riesgos en el manejo de los recursos: No

7. ¿Existe Plan de Mejoramiento? SI [ ] NO [X]

(En caso afirmativo indique el nivel de cumplimiento):

8. ¿Entrego Informe de Ejecución?

SI [X]	NO [ ]
RELACIONAR SOPORTES DEL INFORME ❖ Listados de los 74 adultos mayores atendidos, con huellas o firmas ❖ Minuta de alimentos firmada por la Nutricionista ❖ Informe de Gerontólogo y Enfermeras ❖ Registro fotográfico demostrando el cumplimiento de los alcances 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8	

9. Procede pago en este período.

SI [X]	NO [ ]
Se anexa al presente informe, **Acta Final** del Convenio de Asociación **N°509-2025**, del cual se Autoriza el pago.	

10. Otras Observaciones relevantes del Supervisor. Ninguna.

Se firma en Santa Rosa de Cabal, a los doce (12) días del mes de diciembre del año dos mil veinticinco (2025).

DUBERNEY GUTIÉRREZ ZAPATA
Secretario de Desarrollo Social
Supervisor