INFORME DE SUPERVISION

1. DATOS GENERALES

INFORME PARCIAL [ ] INFORME FINAL [X]

Cuota Número 01

1.1 PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	Fecha (DD-MM-AAAA): **12/04/2023**	**A**	Fecha (DD-MM-AAAA): **30/04/2023**	
1.2 ¿SE REPORTA DESEMPEÑO DEFICIENTE O A MEJORAR?		**SI**		**No**
1.3 PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**100%**			

2. DATOS DEL SUPERVISOR

2.1 NOMBRE DEL SUPERVISOR	MILTON FABIAN PEREZ AYALA
2.2 PROCESO O ÁREA	ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
2.3 CARGO	SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

3. DATOS DEL CONTRATO SUPERVISADO

3.1 NUMERO DE CONTRATO	143.30.02.2023.0046
3.2 FECHA DE CONTRATO (DD/MM/AAA)	31-03-2023
3.3 CONTRATISTA	TELEVICENTRO DEL VALLE S.A.S
3.4 CEDULA DE CIUDADANÍA O NIT	890.328.298-6
3.5 DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	202300186
3.6 REGISTRO PRESUPUESTAL	202300226
3.7 VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 30.000.000.00
3.8 PLAZO	A PARTIR DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE EJECUCIÓN HASTA EL 30 DE ABRIL DEL 2023,
3.9 FECHA ACTA DE INICIO (DD/MM/AAA)	12-04-2023
3.10 FECHA TERMINACIÓN PROYECTADA DEL CONTRATO (DD/MM/AAA)	30-04-2023
3.11 MODIFICACION (ES) AL CONTRATO	NA
3.12 SUSPENSIÓN	NA
3.13 REANUDACIÓN	NA
3.14 CESIÓN	NA
3.15 TERMINACIÓN ANTICIPADA	NA
3.16 ADICION	NA
3.17 PRORROGA	NA

3.18 OBJETO:

REALIZAR LA PRODUCCIÓN Y POST PRODUCCIÓN AUDIOVISUAL DE UN VIDEO EN FORMATO PROFESIONAL PARA LA RENDICIÓN DE CUENTAS DE LA VIGENCIA FISCAL 2022 Y EL AVANCE DE LA GESTIÓN EFECTUADA DURANTE LO CORRIDO DE LA VIGENCIA FISCAL 2023, QUE MUESTRE LOS LOGROS Y AVANCES ALCANZADOS POR LA RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E, CONFORME AL PLAN DE DESARROLLO "RED DE SALUD DE ORIENTE, COMPROMISO Y CORAZÓN HUMANO POR LA GENTE".

4. SEGUIMIENTO CONTRACTUAL

4.1 Cumplimiento del Objeto:

DURANTE EL PERIODO EVALUADO EL CONTRATISTA EJECUTO SATISFACTORIAMENTE EL OBJETO DEL CONTRATO.

MEDIANTE FACTURA ELECTRONICA F-10921 DEL 02 MAYO DE 2023.

El contratista ejecuto las siguientes actividades:

1. Se realizó tomas de apoyo con cámaras profesionales de Televicentro. Permisos de ingreso son gestionados por comunicaciones de la ESE.
2. Se Sistematizó las imágenes y escogencia de las que van a ir en el video.
3. Se Entrevista al gerente de la ESE Oriente Óscar Ipia en la oficina de su despacho. Comunicaciones se encargará de facilitar el cuestionario y confirmación de la entrevista.
4. Se realiza grabación en las instalaciones del hospital para imágenes de apoyo que alimenten la sección dentro del video "Los cuentos del Oriente.
5. Se realiza grabación en las instalaciones de las IPS de la ESE para tener un amplio banco de imágenes que alimenten y complementen la información de la rendición.
6. Se determina qué hay que destacar el premio nacional en Salud obtenido por la ESE.
7. Se realiza montaje y postproducción del video de rendición de cuentas con equipos profesionales apto para ser emitido en canales locales.
8. Se hace entrega final del video con previa revisión y autorizaron de Karen Quintero, funcionaria del área de comunicaciones.

Las Imágenes de cada punto se Adjuntan en el informe de actividades

4.2 Grado de Cumplimiento de las obligaciones (marque con una X)

Deficiente		A mejorar		Satisfactorio		Sobresaliente		No Aplica	

5. RELACIÓN DE PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES (Si aplica):

ITEM	PERIODO DE PAGO *AÑO – MES*	FECHA DE PAGO *ANO – MES – DÍA*	VALOR
PENSIÓN	CERTIFICO	CERTIFICO	CERTIFICO
SALUD	CERTIFICO	CERTIFICO	CERTIFICO
RIESGOS PROFESIONALES	CERTIFICO	CERTIFICO	CERTIFICO
PARAFISCALES	CERTIFICO	CERTIFICO	CERTIFICO
NUMERO DE PLANILLA	CERTIFICO		

6. AVANCE FINANCIERO

ITEM	VALOR	FECHA (*AÑO – MES – DÍA*)
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 30.000.000.00	2023-03-31
CUOTAS ANTERIORES	$ 0	-
PAGO AUTORIZADO EN EL PRESENTE INFORME	$ 30.000.000.00	2023-05-10
VALOR EJECUTADO	$ 30.000.000.00	2023-05-10
SALDO DEL CONTRATO POR CANCELAR	$ 0	2023-05-10

7. SEGUIMIENTO A PLAN DE MEJORAMIENTO (Si Aplica)

¿Existe Plan de Mejoramiento? Si: ____ **No: X** (En caso afirmativo indique el nivel de cumplimiento):

8. INFORME DE EJECUCIÓN

¿ENTREGÓ INFORME DE ACTIVIDADES? SI [X] NO [ ]

¿ENTREGO SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES? SI [X] NO [ ]

SOPORTE FISICO [X] CD/DVD [ ] USB [ ] OTRO [ ] N/A [ ]

OBSERVACIONES:

9. APROBACION DE PÁGO Y/O OBSERVACIONES RELEVANTES DEL SUPERVISOR

9.1 ¿Procede pago en este periodo? Si_X___ No: _____

10. FIRMA Y FECHA DE SUPERVISION

Dr. Milton Fabián Pérez Ayala
Firma del Supervisor

MAYO 10 DE 2023
Fecha Elaboración

Nombre y firma del Apoyo a la Supervisión
(Incluir cuando aplique)