INFORME DE SUPERVISION					
1. DATOS GENERALES					
INFORME PARCIAL [X]		INFORME FINAL [ ]			
Cuota Número 01					
1.1 PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	Fecha (DD-MM-AAAA): 31/03/2023	**A**	Fecha (DD-MM-AAAA): 30/04/2023		
1.2 ¿SE REPORTA DESEMPEÑO DEFICIENTE O A MEJORAR?		**SI**		**No**	
1.3 PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	50.00 %				
2. DATOS DEL SUPERVISOR					
2.1 NOMBRE DEL SUPERVISOR	MILTON FABIAN PEREZ AYALA				
2.2 PROCESO O ÁREA	FINANCIERA				
2.3 CARGO	SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO				
3. DATOS DEL CONTRATO SUPERVISADO					
3.1 NUMERO DE CONTRATO	143.30.02.2023.0041				
3.2 FECHA DE CONTRATO (DD/MM/AAA)	31-03-2023				
3.3 CONTRATISTA	PABLO JAVIER BASTIDAS SOLANO				
3.4 CEDULA DE CIUDADANÍA O NIT	76.331.100				
3.5 DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	202300154				
3.6 REGISTRO PRESUPUESTAL	202300207				
3.7 VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 10.000.000.00				
3.8 PLAZO	EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO SERÁ HASTA EL 31 DE MAYO DE 2023, CONTADO A PARTIR DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN.				
3.9 FECHA ACTA DE INICIO (DD/MM/AAA)	31-03-2023				
3.10 FECHA TERMINACIÓN PROYECTADA DEL CONTRATO (DD/MM/AAA)	31-05-2023				
3.11 MODIFICACION (ES) AL CONTRATO	N-A				
3.12 SUSPENSIÓN	N-A				
3.13 REANUDACIÓN	N-A				
3.14 CESIÓN	N-A				
3.15 TERMINACIÓN ANTICIPADA	N-A				
3.16 ADICION	N-A				
3.17 PRORROGA	N-A				
3.18 OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR EL PROCESO DE CONTROL INTERNO Y GESTION DE CALIDAD DE LA RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E.					
4. SEGUIMIENTO CONTRACTUAL					
4.1 Cumplimiento del Objeto: MEDIANTE DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURA DSRO 580 DEL 04 DE MAYO DE 2023. DURANTE EL PERIODO EVALUADO EL CONTRATISTA EJECUTO SATISFACTORIAMENTE EL OBJETO DEL CONTRATO.					

El contratista ejecuto las siguientes actividades:

1.	Por instrucción de la líder del proceso Gestión de Calidad se elaboró el procedimiento de Auditoria Interna de Calidad.
2.	Por instrucción de la líder del proceso Gestión de Calidad, se desarrolló componentes necesarios y para las actividades planeadas: • Proyecto. Formato Carta de Representación. • Proyecto. Formato Acta de Instalación Auditoria Interna. • Proyecto. Formato Cierre de Auditoria Interna. • Proyecto. Formato Memoria Técnica.
3.	Por instrucción de la líder del proceso Gestión de Calidad, se revisó el Estatuto de auditoria resolución No.110.100.01-367-2017, dejando observaciones a tener en cuenta para su actualización.
4.	Por instrucción de la líder del proceso Gestión de Calidad, se construyó herramienta informática de verificación para la ser aplicada en Auditoria de servicio alimentario.
5.	Por instrucción de la líder del proceso Gestión de Calidad, se elaboró la metodología para Planes de Mejoramiento.
6.	Por instrucción de la líder del proceso Gestión de Calidad, se elaboró proyecto de código de Ética del Auditor Interno

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

Deficiente		**A mejorar**		**Satisfactorio**		**Sobresaliente**		**No Aplica**	

5. RELACIÒN 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	2023- ABRIL	2023-04-26	$ 320.000
SALUD	2023- ABRIL	2023-04-26	$ 250.000
RIESGOS PROFESIONALES	2023- ABRIL	2023-04-26	$ 10.500
PARAFISCALES	N.A	N.A	N.A
NUMERO DE PLANILLA	26167016		

6. AVANCE FINANCIERO

ITEM	VALOR	FECHA (*AÑO – MES – DÍA*)
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 10.000.000.00	2023-03-31
CUOTAS ANTERIORES	-	-
PAGO AUTORIZADO EN EL PRESENTE INFORME	$ 5.000.000.00	2023-05-05
VALOR EJECUTADO	$ 5.000.000.00	2023-05-05
SALDO DEL CONTRATO POR CANCELAR	$ 5.000.000.00	2023-05-05

7. SEGUIMIENTO A PLAN DE MEJORAMIENTO (Si Aplica)

¿Existe Plan de Mejoramiento? Si: ____ **No:** ____ (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 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 FABIAN PEREZ AYALA
FIRMA DEL SUPERVISOR

MAYO 05 DE 2023
Fecha de elaboración

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