INFORME DE SUPERVISION

1. DATOS GENERALES

INFORME PARCIAL ☐ INFORME FINAL [X]

Cuota Número 02

1.1 PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	Fecha (DD-MM-AAAA): 01/05/2023	A	Fecha (DD-MM-AAAA): 31/05/2023
1.2 ¿SE REPORTA DESEMPEÑO DEFICIENTE O A MEJORAR?	**SI**		**No**
1.3 PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100.00 %		

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 592 DEL 02 DE JUNIO DE 2023.

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

El contratista ejecuto las siguientes actividades:

No.	DESARROLLO DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS REALIZADOS EN EL PERÍODO.
1	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.
2	Por instrucción de la líder del proceso Gestión de Calidad, se desarrolló componentes necesarios para el desarrollo de la Auditoria Interna según procedimiento.
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 elaboró formulario web de Referenciación para promover el mejoramiento continuo en toda la institución
5	Por instrucción de la líder del proceso Gestión de Calidad, se construyó herramienta informática de verificación para ser aplicada en auditoria de servicio alimentario.
6	Por instrucción de la líder del proceso Gestión de Calidad, se crearon y normalizaron formatos para el proceso de Referenciación
7	Por instrucción de la líder del proceso Gestión de Calidad, alimento el informe de turnos de espera de los usuarios.

Las imágenes 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. 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- MAYO	2023-05-30	$ 256.000
SALUD	2023- MAYO	2023-05-30	$ 200.000
RIESGOS PROFESIONALES	2023- MAYO	2023-05-30	$ 8.400
PARAFISCALES	N.A	N.A	N.A
NUMERO DE PLANILLA	26282977		

6. AVANCE FINANCIERO

ITEM	VALOR	FECHA (*AÑO – MES – DÍA*)
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 10.000.000.00	2023-03-31
CUOTAS ANTERIORES	$ 5.000.000.00	2023-05-05
PAGO AUTORIZADO EN EL PRESENTE INFORME	$ 5.000.000.00	2023-06-02
VALOR EJECUTADO	$ 10.000.000.00	2023-06-02
SALDO DEL CONTRATO POR CANCELAR	$ 0	2023-06-02

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

JUNIO 02 DE 2023
Fecha de elaboración

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