INFORME DE SUPERVISIÓN												**No.**	**002**
1. COMPONENTE INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO													
*Seleccione con una **X** el tipo de documento:*							**CONTRATO**	X	**CONVENIO**				
NUMERO DEL CONTRATO	343-2025	**FECHA**	DD	MM	AAAA	**VALOR**	$200.000.000						
			08	09	2025								
OBJETO DEL CONTRATO O CONVENIO													
Prestar sus servicios profesionales en el campo de las pruebas biológicas confirmatorias a los pacientes que soliciten el servicio en EL HOSPITAL, todo ello de conformidad con los lineamientos acordados con la subdirección científica y la disponibilidad de recursos de EL HOSPITAL.													
SUPERVISOR	Laura Piedrahita Arenas								**CEDULA**			1036937782	
CARGO	Directora Banco de Sangre												
CONTRATISTA	M Y M DIAGNOSTICS S.A.S								**CEDULA O NIT**			900228842-1	
FECHA ELABORACION DE INFORME	DD	MM	AAAA	**PERIODO DE COBRO**	DD	MM	AAAA	**A**	DD	MM	AAAA		
	15	11	2025		01	11	2025		30	11	2025		
2. COMPONENTE EJECUCION DEL CONTRATO													
REGISTRO PRESUPUESTAL (Artículo 42 ley 80):				**No.**	***001***		**FECHA REGISTRO PRESUPUESTAL**		DD	MM	AAAA		
									08	09	2025		
REQUIERE POLIZAS DE GARANTIA				*SI*			**FECHA DE EXPEDICIÓN DE POLIZA**		14	08	2025		
FECHA DE INICIO (Debe ser la misma de la Fecha del Acta de Inicio)	DD	MM	AAAA	**FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO**					31	12	2025		
	08	09	2025										
DURACION DEL CONTRATO	4 meses			**No. DE DIAS CALENDARIO/HABILES TOTALES DE EJECUCION CONTRATO**					114		**DIAS**		
2.1 PRÓRROGAS													
A LA FECHA DEL INFORME EL CONTRATO O CONVENIO PRESENTA PRÓRROGAS												NO	
CONTRATO ADICIONAL NUMERO									**TIEMPO DIAS CALENDARIO**				
1													
2													

3					
FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE ACUERDO CON LA PRÓRROGA		DD	MM	AAAA	
2.2 ADICIONES					
A LA FECHA DEL INFORME SE HAN PRESENTADO ADICIONES AL CONTRATO O CONVENIO					
CONTRATO ADICIONAL NUMERO		**VALOR DE LA ADICIÓN**			
1		$			
2		$			
3		$			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO O CONVENIO		**$**			
2.3 SUSPENSIONES					
A LA FECHA DEL INFORME SE HAN PRESENTADO SUSPENSIONES ALCONTRATO O CONVENIO					
CONTRATO ADICIONAL NUMERO		**TIEMPO DIAS CALENDARIO**			
1					
2					
3					
RELACIÓN DE CUENTA DEL CONTRATISTA					
TIPO DE CUENTA	AHORROS	**NO.**	55145490676	**ENTIDAD BANCARIA**	BANCOLOMBIA
ANTICIPOS					
EL CONTRATO O CONVENIO ESTIPULÓ ANTICIPOS					
El interventor deberá anexar los siguientes documentos de programación y seguimiento del anticipo					
Plan de inversión del anticipo / Modificación al plan de inversión		No. Folios			
*Formato control de seguimiento anticipo**		No. Folios			
Conciliación bancaria		No. Folios			

Extractos bancarios		No. Folios	
Certificación bancaria sobre rendimientos financieros		No. Folios	

3. COMPONENTE INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 200.000.000**
VALOR CONFINANCIACIÓN (Para los convenios)	$
VALOR ADICIÓN	$
VALOR ANTICIPO	$
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 200.000.000**
VALOR DEL ACTA (Debe ser igual al valor de la factura o cuenta de cobro presentada por el Contratista).	$ 20.353.200
VALOR PAGADO(Debe ser igual a la factura o cuenta de cobros presentada por el contratista)	$ 20.353.200
VALOR TOTAL EJECUTADO	**$ 67.844.000**
COSTOS Y GASTOS (Relación de los Costos y Gastos causados por el Contratista durante la ejecución del contrato)	

3.1 RENDIMIENTOS

EL CONTRATO O CONVENIO GENERÓ RENDIMIENTOS								NO	
PERIODO DE GENERACIÓN DE RENDIMIENTOS	**FECHA INICIO**	DD	MM	AAAA	**FECHA CORTE**	DD	MM	AAAA	
VALOR DE RENDIMIENTOS	**$**	**FECHA DE CONSIGNACION DE RENDIMIENTOS**	DD	MM	AAAA	**ANEXA RECIBO**	NO		

4. COMPONENTE ADMINISTRATIVO

4.1. PAGOS REALIZADOS A LOS SISTEMAS DE SALUD, RIESGOS PROFESIONALES, PENSIONES Y APORTES PARAFISCALES

El supervisor verificó el cumplimiento por parte del Contratista de sus obligaciones frente a los aportes a los sistemas de salud, pensiones, y cuando a ello haya lugar, riesgos profesionales, aportes a la Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, y su correcta relación entre el monto cancelado y las sumas que debieron haber sido cotizadas, de conformidad con la ley 789 de 2002, art. 50. Se revisó planilla de pago número 9493075002 y según la cual, se encuentra afiliado a las Entidades Promotoras de Salud, Administradoras de Fondos de Pensiones y Administradoras de Riesgos profesionales, encontrándose a paz y salvo por estos conceptos a la fecha de presentación de la factura de cobro.	SI CUMPLE

4.2. VERIFICACIÓN DE LAS GARANTÍAS CONTRACTUALES SI LAS TIENE	
El interventor 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 hospital por todo el Contrato. El Supervisor revisó y confirmó la suscripción de éstas, las cuales hacen parte del paquete del Contrato que se encuentra	SI CUMPLE

5. COMPONENTE TÉCNICO

5.1. ESTADO DE AVANCE DEL OBJETO CONTRATO

PORCENTAJE DE EJECUCION FISICA	Indique el porcentaje la Ejecución Física	**75%**
PORCENTAJE DE EJECUCION FINANCIERA	Indique el porcentaje Total de Ejecución Financiera.	**34%**

Descripción de la ejecución actual del Contrato (De acuerdo con el cronograma de actividades.

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL CONTRATISTA A LA FECHA DEL INFORME	ESTADO DE AVANCE DE LA OBLIGACIÓN	
		% AVANCE	DESCRIPCIÓN DEL AVANCE
1	Prestar el servicio, realizando todas las actividades que implica el análisis muestras por laboratorios, según propuesta presentada.	**34%**	CUMPLIMIENTO SATISFACTORIO CON RESPECTO AL OBJETO CONTRACUTUAL
2	Hacer los correspondientes diagnósticos o resultados dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de la muestra.	**34%**	CUMPLIMIENTO SATISFACTORIO CON RESPECTO AL OBJETO CONTRACUTUAL
3	Cuando se trate de exámenes de alta complejidad procesados en las instalaciones de COLCAN en Bogotá el tiempo de entrega será de 3 a 10 días	**34%**	CUMPLIMIENTO SATISFACTORIO CON RESPECTO AL OBJETO CONTRACUTUAL
4	Transportar las muestras con personal debidamente capacitado en el manejo de muestras biológicas de forma segura, y bajo normatividad.	**34%**	CUMPLIMIENTO SATISFACTORIO CON RESPECTO AL OBJETO CONTRACUTUAL
5	Elaborar los soportes para la facturación adecuada de los servicios prestados	**34%**	CUMPLIMIENTO SATISFACTORIO CON RESPECTO AL OBJETO CONTRACUTUAL
6	Asesorar al personal del Banco de Sangre del HOSPITAL de forma técnica detallada en lo relativo a recepción y remisión de muestras que requiere entrenamiento especial.	**34%**	CUMPLIMIENTO SATISFACTORIO CON RESPECTO AL OBJETO CONTRACUTUAL
7	Suministrar el usuario y la contraseña para acceder a la plataforma de COLCAN y descargar los resultados de las pruebas realizadas	**34%**	CUMPLIMIENTO SATISFACTORIO CON RESPECTO AL OBJETO CONTRACUTUAL
8	Recoger las muestras en las instalaciones de **EL HOSPITAL** todos los días de lunes a sábado.	**34%**	CUMPLIMIENTO SATISFACTORIO CON RESPECTO AL OBJETO CONTRACUTUAL
9	Cumplir a cabalidad con el Protocolo de Seguridad y Salud en El Trabajo para Contratistas y Subcontratistas, el cual esta codificado por el Área de Calidad como RPA0102001. Este protocolo se entregará junto con	**34%**	CUMPLIMIENTO SATISFACTORIO CON RESPECTO AL OBJETO CONTRACUTUAL

	el contrato o en su defecto estará a disposición en las oficinas de EL HOSPITAL para cuando sea requerido.		
10	Autorizar por medio de la firma del presente contrato a EL HOSPITAL para el manejo de la información del contratista conforme lo establecen las políticas Habeas Data de la institución, conforme lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y la circular 005 de La Superintendencia de Sociedades.	**34%**	CUMPLIMIENTO SATISFACTORIO CON RESPECTO AL OBJETO CONTRACUTUAL

5.2. ACCIONES CORRECTIVAS TOMADAS PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO (Diligencie un bloque por cada problema identificado)

¿SE HARÁN EFECTIVAS PÓLIZAS/MULTAS?	NO
¿ POR QUÉ?	

No	PROBLEMAS O HALLAZGOS IDENTIFICADOS QUE AFECTAN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO	CAUSAS	ACCIONES A IMPLEMENTAR O IMPLEMENTADAS PARA SOLUCIONAR LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS
1			
2			
3			

5.3. LIQUIDACIÓN

1	**SE LIQUIDA EL CONTRATO O CONVENIO**	Si		No	X
2	En caso afirmativo ver formato Acta de liquidación				

5.4. RECOMENDACIONES

1	
2	

6. ANEXOS

1	Informe de ejecución o actividades presentado por:	MYM DIAGNOSTICS S.A.S.
2	Cuenta de cobro o Número de factura	ELEC 55074
3	Planilla de pago de aportes al sistema de seguridad social.	

NOMBRE DEL CONTRATISTA (Solo se firma para liquidar el Contrato)		**NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR**	
MYM DIAGNOSTICS S.A.S		LAURA PIEDRAHITA ARENAS	
Firma:		Firma: 	
Cedula No.	900228842-1	Cedula No.	1036937782