| INFORME DE SUPERVISIÓN | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | No. | 001 | |
| **1. COMPONENTE INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO** | | | | | | | | | | | | | |
| *Seleccione con una **X** el tipo de documento:* | | | | | | CONTRATO | X | CONVENIO | | | | | |
| NUMERO DEL CONTRATO | 071-2026 | FECHA | DD | MM | AAAA | VALOR | $360.000.000 | | | | | | |
| | | | 01 | 01 | 2025 | | | | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO O CONVENIO** | | | | | | | | | | | | | |
| Suministro de reactivos e insumos para el procesamiento de pruebas infecciosas del banco de sangre del Hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro. | | | | | | | | | | | | | |
| SUPERVISOR | Laura Piedrahita Arenas | | | | | CEDULA | 1036937782 | | | | | | |
| CARGO | Directora Banco de Sangre | | | | | | | | | | | | |
| CONTRATISTA | MYM DIAGNOSTICS S.A.S | | | | | CEDULA O NIT | 900.228.842-1 | | | | | | |
| FECHA ELABORACION DE INFORME | DD | MM | AAAA | PERIODO DE COBRO | DD | MM | AAAA | A | DD | MM | AAAA | | |
| | 17 | 02 | 2026 | | 01 | 01 | 2026 | | 31 | 01 | 2026 | | |
| **2. COMPONENTE EJECUCION DEL CONTRATO** | | | | | | | | | | | | | |
| REGISTRO PRESUPUESTAL (Artículo 42 ley 80): | | | | No. | *001* | FECHA REGISTRO PRESUPUESTAL | DD | MM | AAAA | | | | |
| | | | | | | | 19 | 01 | 2026 | | | | |
| REQUIERE POLIZAS DE GARANTIA | | | | *SI* | | FECHA DE EXPEDICIÓN DE POLIZA | 30 | 12 | 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 | 2026 | | | | |
| | 19 | 01 | 2026 | | | | | | | | | | |
| DURACION DEL CONTRATO | 11.5 meses | | | No. DE DIAS CALENDARIO/HABILES TOTALES DE EJECUCION CONTRATO | | | 346 | 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** | **$ 360.000.000** |
| VALOR CONFINANCIACIÓN (Para los convenios) | $ |
| VALOR ADICIÓN | $ |
| VALOR ANTICIPO | $ |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | **$ 360.000.000** |
| VALOR DEL ACTA<br>(Debe ser igual al valor de la factura o cuenta de cobro presentada por el Contratista). | $ 24.885.210 |
| VALOR PAGADO(Debe ser igual a la factura o cuenta de cobros presentada por el contratista) | $ 24.885.210 |
| **VALOR TOTAL EJECUTADO** | **$ 24.885.210** |
| **COSTOS Y GASTOS**<br>(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.<br><br>Se revisó planilla de pago número 9497849168 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.<br><br>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 | **8.69%** |
| **PORCENTAJE DE EJECUCION FINANCIERA** | Indique el porcentaje Total de Ejecución Financiera. | **6.91%** |

*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 el suministro de reactivos para pruebas infecciosas. | **8.69%** | CUMPLIMIENTO SATISFACTORIO CON RESPECTO AL OBJETO CONTRACUTUAL |
| 2 | Enviar en condiciones óptimas y dando cumplimiento a los criterios normativos los insumos de reactivos para pruebas infecciosas. | **8.69%** | CUMPLIMIENTO SATISFACTORIO CON RESPECTO AL OBJETO CONTRACUTUAL |
| 3 | Asesorar al personal del Banco de Sangre del HOSPITAL de forma técnica detallada en lo relativo a recepción de reactivos que requieran inducción. | **8.69%** | CUMPLIMIENTO SATISFACTORIO CON RESPECTO AL OBJETO CONTRACUTUAL |
| 4 | 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 el contrato o en su defecto estará a disposición en las oficinas de EL HOSPITAL para cuando sea requerido. | **8.69%** | CUMPLIMIENTO SATISFACTORIO CON RESPECTO AL OBJETO CONTRACUTUAL |
| 5 | 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. | **8.69%** | 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: | |
| 2 | Cuenta de cobro o Número de factura | |
| 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** | |
|---|---|---|---|
| | | LAURA PIEDRAHITA ARENAS | |
| Firma: | | Firma:  | |
| Cedula No. | 900.228.842-1 | Cedula No. | 1036937782 |