INFORME DE SUPERVISIÓN												No.	001
1. COMPONENTE INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO													
*Seleccione con una **X** el tipo de documento:*						CONTRATO						CONVENIO	
NUMERO DEL CONTRATO	121-2026		FECHA	DD	MM	AAAA		VALOR	$ 1.320.000.000				
				19	01	2026							
OBJETO DEL CONTRATO O CONVENIO													
Suministro de reactivos e insumos para el procesamiento de muestras biológicas de las diferentes áreas del laboratorio para el Hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro.													
SUPERVISOR	ASTRID MILENA ZAPATA MARIN									CEDULA		39.449.299	
CARGO	MICROBIOLOGA CLÍNICA - COORDINADORA DEL LABORATORIO												
CONTRATISTA	M&M 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		
	22	05	2026		23	01	2026		31	01	2026		
2. COMPONENTE EJECUCION DEL CONTRATO													
REGISTRO PRESUPUESTAL (Artículo 42 ley 80):				No.	121		FECHA REGISTRO PRESUPUESTAL		DD	MM	AAAA		
									01	01	2026		
REQUIERE POLIZAS DE GARANTIA				SI			FECHA DE EXPEDICIÓN DE POLIZA		15	01	2026		
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 meses y 13 días						No. DE DIAS CALENDARIO/HABILES TOTALES DE EJECUCION CONTRATO		347		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			NO
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 AL CONTRATO O CONVENIO			
CONTRATO ADICIONAL NUMERO		**TIEMPO DIAS CALENDARIO**	
1			
2			

2.4 RELACIÓN DE CUENTA DEL CONTRATISTA					
TIPO DE CUENTA	CORRIENTE	**NO.**	24380210135	**ENTIDAD BANCARIA**	BANCOLOMBIA S.A.

2.5 ANTICIPOS o PAGOS ANTICIPADOS			
EL CONTRATO O CONVENIO ESTIPULÓ ANTICIPOS y/o PAGOS ANTICIPADOS			
El interventor deberá anexar los siguientes documentos de programación y seguimiento del anticipo o pago anticipado			
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	**$**	**1.320.000.000**
VALOR CONFINANCIACIÓN (Para los convenios)	$	
VALOR ADICIÓN	$	
VALOR ANTICIPO	$	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$**	**1.320.000.000**
VALOR DEL ACTA (Facturas 57097, 57098, 57103, 57104, 57105, 57106, 57107 y 57108).	$	44.031.441
VALOR PAGADO(Debe ser igual a la factura o cuenta de cobros presentada por el contratista)	$	44.031.441
VALOR TOTAL EJECUTADO	**$**	**44.031.441**
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									
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**			

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 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

4.2. VERIFICACIÓN DE LAS GARANTÍAS CONTRACTUALES SI LAS TIENE

El interventor o supervisor verificó el cumplimiento por parte del CONTRATISTA de sus obligaciones frente a las pólizas del contrato, Cumplimiento, Responsabilidad Civil Contractual, Prestaciones Sociales y Calidad y demás que le apliquen. 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

5. COMPONENTE TÉCNICO

5.1. ESTADO DE AVANCE DEL OBJETO CONTRATO

PORCENTAJE DE EJECUCION FISICA	Indique el porcentaje la Ejecución Física	**8.3%**
PORCENTAJE DE EJECUCION FINANCIERA	Indique el porcentaje Total de Ejecución Financiera.	**3.3%**

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	Garantizar la calidad de los reactivos e insumos que hacen parte de la propuesta comercial.	12.5	Los reactivos e insumos que envía el proveedor, llegan con las condiciones óptimas de transporte y temperatura.
2	Aceptar devoluciones cuando los productos que hayan sido entregados por EL CONTRATISTA no cumplan con los estándares de calidad exigidos por el INVIMA. Para efecto de lo previsto en este numeral, EL CONTRATISTA, únicamente aceptará devoluciones siempre y cuando se cumplan con lo establecido en la política de devoluciones vigente para la empresa.	12.5	Hasta la fecha no hemos realizado devoluciones por envío de productos no solicitados o no conformes.
3	Cumplir las normas legales sobre la materia que rigen el suministro de reactivos.	12.5	Todos los reactivos y consumibles suministrados por el Proveedor cumplen con Certificado sanitario expedido por el INVIMA.
4	Entregar al HOSPITAL, cuando éste lo requiera, la información sobre los productos objeto de suministro.	12.5	El proveedor brinda la información requerida sobre los productos, objeto del contrato
5	Asumir el cobro de las remisiones de pruebas, cuando se active el protocolo de remisiones por desabastecimiento o Backorder de reactivos y/o insumos; daños en analizadores u otras causas.	NA	Durante el mes de enero 2026, no tuvimos remisiones con cargo al Proveedor M&M Diagnostics S.A.S.
6	Mantener vigente durante el término de duración del presente Contrato, los permisos y/o licencias expedidas por las autoridades competentes para el suministro de los productos.	12.5	Cumple
7	Estar al día con el pago de los aportes parafiscales, así como los correspondientes al Sistema General de Seguridad Social de sus empleados.	12.5	El Proveedor cumple con el aporte de parafiscales y Seguridad social de sus empleados y adjunta planilla.
8	No estar incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar según lo previsto en la Ley 80 de 1993 y demás normas aplicables.	12.5	Cumple
9	En general, todos los demás servicios y actividades que emanen directamente de la naturaleza del contrato de suministros.	12.5	Cumple

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

5.4. RECOMENDACIONES

6. ANEXOS		
1	Informe de ejecución o actividades presentado por:	M&M DIAGNOSTICS S.A.S
2	Cuenta de cobro o Número de factura	Facturas 57097, 57098, 57103, 57104, 57105, 57106, 57107 y 57108
3	Planilla de pago de aportes al sistema de seguridad social.	9497849168
4	Otros	

NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR
FIRMA: CEDULA: 39'449.299