HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 06-02-2023
	PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES	VERSIÓN: 09
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	29/09/2023				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	MINIMA CUANTIA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	190-2023

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
280-2023	SUMINISTRO DE MATERIAL RADIACTIVO PARA REALIZAR ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS, GAMAGRAFÍAS DE LOS DIFERENTES ÓRGANOS Y SISTEMAS, NANOCOLOIDE, DTPA Y OCTEOTRIDE MARCADO CON TC99 Y/O HYNICTATE- TC99M PARA EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		9/06/2023
		Valor inicial:	$	15.120.000,00
		VIGENCIA AÑO 2023	$	15.120.000,00
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		Adiciones (Si aplica) :	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	15.120.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	Nº CDP (SIIF).
			252623	88023
			Fecha: 09/06/2023	29/05/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	3661824-9	
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	15/06/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	NUBIA ROJAS RODRIGUEZ Fecha 15/06/2023	
		Fecha de inicio de contrato	15/06/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			15/06/2023	15/12/2023
		Vigencia del Contrato: 7 MESES		
		Prorrogas: En tiempo		
		1-		
		2-		
		3-		

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:	NIT/C.C.: 900723227-2		
NUCLEOFARMA SAS	Dirección: Carrera 43 6-40		
	Teléfono: 7456911 Ext. 3000		
	Cuenta Bancaria No. 0833005135		
	Banco: BBVA		
	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
		X	

FORMA DE PAGO:
Se realizará pagos parciales de acuerdo con los requerimientos realizados por el supervisor del contrato y de los elementos suministrados por el contratista, que se cancelaran dentro de los sesenta (60) días siguientes al recibo a satisfacción de los bienes objeto del contrato

Recibido: Fabian Ramirez Fabian
Hora: 3:26 pm
Fecha: 5/10/23

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	09
		Página:		2 DE 2	

Descripción de Servicios a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
SUMINISTRO DE MATERIAL RADIACTIVO PARA REALIZAR ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS, GAMAGRAFÍAS DE LOS DIFERENTES ÓRGANOS Y SISTEMAS, NANOCOLOIDE, DTPA Y OCTEOTRIDE MARCADO CON TC99 Y/O HYNICTATE- TC99M PARA EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Farmacias de Tecnologías en Salud	NUC 3543	6/09/2023		$ 2.820.000,00
					$ -
Total del mes					$ 2.820.000,00
Saldo del contrato					$ 1.020.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$2.820.000,00
VALOR EN LETRAS :	DOS MILLONES OCHOCIENTOS VEINTE MIL PESOS M/CTE

NOTA 1:
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social mediante certificación de fecha 05 de septiembre de 2023 así mismo certifico que el/la) contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente documento dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION.

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$ 15.120.000,00	$ 14.100.000,00	$ 0,00	$ 1.020.000,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VALOR TOTAL	$ 15.120.000,00	$ 14.100.000,00	$ 0,00	$ 1.020.000,00
	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	VALOR LIBERADO	VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR

NOTA 2: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los $5.000.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

INFORMACION GENERAL			SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	Nubia Rojas Rodriguez
NUMERO DE CEDULA:	52.331.859
FIRMA :	

NOTA 3: Recuerde que en caso de ser contrato de prestación de servicios profesionales o asistenciales, que no facturen, NO se requieren las firmas de enterado Jefe de Unidad y Subdirector

FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD:	FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR:

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	1
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1