| 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: | 27/12/2023 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE CONTRATO | SUMINISTRO | TIPO DE PROCESO | MINIMA CUANTIA | Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL | 199-2023 |

| CONTRATO No. | OBJETO: | DATOS GENERALES DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|---|---|
| 298-2023 | "SUMINISTRO DE MATERIAL RADIACTIVO PARA REALIZAR ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS, GAMAGRAFÍAS DE LOS DIFERENTES ÓRGANOS Y SISTEMAS IODO 131 EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL" | Fecha de suscripción: | | 21/06/2023 |
| | | Valor inicial: | $ | 51.931.000,00 |
| | | VIGENCIA AÑO 2023 | $ | 51.931.000,00 |
| | | 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 | $ | 51.931.000,00 |
| | | COMPROMISO PRESUPUESTAL | SIIF | Nº CDP (SIIF). |
| | | | 259323 | 81823 |
| | | | Fecha: 22/06/2023 | 16/05/2023 |
| | | Garantía Cumplimiento (Si aplica) : | | BCH-100027893 |
| | | Aseguradora (Si aplica): | | COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A |
| | | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): | | 26/06/2023 |
| | | Nombre del Supervisor y fecha de notificación: | | Nubia Rojas Rodriguez Fecha 26/06/2023 |
| | | Fecha de inicio de contrato | | 26/06/2023 |
| | | Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
| | | | 26/06/2023 | 31/03/2024 |
| | | Vigencia del Contrato: 7 MESES | | |
| | | Prorrogas: En tiempo | | |
| | | 1- 31/03/2024 | | |
| | | 2- | | |
| | | 3- | | |

| RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: | NIT/C.C.: 830.014.072-2 | | |
|---|---|---|---|
| COMCI LTDA | Dirección: Calle 24 C N° 26-10 | | |
| | Teléfono: 3502519250-3505591426 | | |
| | Cuenta Bancaria No. 032407553 | | |
| | Banco: BANCO DE BOGOTA | | |
| | 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

Recibe: Fabian Ramos Ortiz
Hora: 12:13 pm
Fecha: 28/12/2023

| 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 IODO 131 EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL" | Farmacias de Tecnologías en Salud | FE 35531 | 6/12/2023 | | $ 4.600.000,00 |
| | | | | | $ - |
| | | | | | $ - |
| Total del mes | | | | | $ 4.600.000,00 |
| Saldo del contrato | | | | | $ 15.931.000,00 |

| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE | $4.600.000,00 |
|---|---|
| VALOR EN LETRAS: | CUATRO MILLONES SEISCIENTOS 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 de del mes de (diciembre) 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 | $ 51.931.000,00 | $ 36.000.000,00 | $ 0,00 | $ 15.931.000,00 |
| 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 | $ 51.931.000,00 | $ 36.000.000,00 | $ 0,00 | $ 15.931.000,00 |
| | 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.

| INFORMACIÓN 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 |