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:	31/08/2023				
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			
279-2023	SUMINISTRO DE MATERIAL RADIACTIVO PARA REALIZAR ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS GAMAGRAFIAS DE LOS DIFERENTES ORGANOS Y SISTEMASNANOCOLOIDE DTPA Y OCTEOTRIDE MARCADO CON TC 99 Y/O HYNICTATE – TC99M PARA EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:			9/06/2023
		Valor inicial:	$		13.080.000,00
		VIGENCIA AÑO 2023	$		13.080.000,00
		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	$		13.080.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).	
			252623	88023	
			Fecha: 9/06/2023	29/05/2023	
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	BCH 100027590		
		Aseguradora (Si aplica):	COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS SA		
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	13/06/2023		
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	NUBIA ROJAS RODRIGUEZ Fecha 13/06/2023		
		Fecha de inicio de contrato	13/06/2023		
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	
			13/06/2023	15/12/2023	
		Vigencia del Contrato: 7 MESES			
		Prorrogas: En tiempo			
		1-			
		2-			
		3-			
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.: 830014072-2			
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

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 GAMAGRAFIAS DE LOS DIFERENTES ORGANOS Y SISTEMASNANOCOLOIDE DTPA Y OCTEOTRIDE MARCADO CON TC 99 Y/O HYNICTATE – TC99M PARA EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FARMACIA DE TECNOLOGIAS EN SALUD				
					$ -
					$ -
Total del mes					**$ -**
Saldo del contrato					**$ 9.550.000,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$0,00**
VALOR EN LETRAS :	**TRES MILLONES SEISCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE**

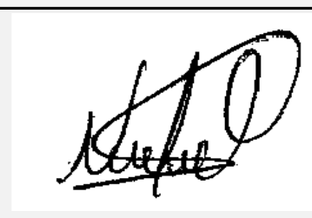
NOTA 1:
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de () ; así mismo certifico que el/la) contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral 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): A LA FECHA NO HA HECHO LLEGAR LAS FACTURAS PARA REALIZAR LA OBLIGACION A PAGO PARA ESTE MES

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$ 13.080.000,00	$ 3.530.000,00	$ 0,00	$ 9.550.000,00
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	$ 13.080.000,00	$ 3.530.000,00	$ 0,00	$ 9.550.000,00
	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 Rrodriguez**
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: Coronel (RA) Ivonne Andrey Lopéz Lopéz	**FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR: Médico Juan Fernando Maldonado**

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