Fecha:	27/03/2024				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	MINIMA CUANTIA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	009-2024

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
011-2024	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:		26/02/2024
		Valor inicial:	$	56.400.000,00
		VIGENCIA AÑO 2024	$	56.400.000,00
		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	$	56.400.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			159124	139524
			Fecha: 09/06/2023	26/02/2024
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	3661824–9	
		Aseguradora (Si aplica):	SURAMERICANA S.A	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	5/03/2024	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	NUBIA ROJAS RODRIGUEZ Fecha 06/03/2024	
		Fecha de inicio de contrato	6/03/2024	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			6/03/2024	31/12/2024
		Vigencia del Contrato: 11 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

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				
					$ -
Total del mes					**$ -**
Saldo del contrato					**$ -**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$0,00**
VALOR EN LETRAS :	**CINCO MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA 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 xx de xxx de 2024 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): PARA LOS MOVIMIENTOS DEL MES DE MARZO NO SE RECIBEN FACTURAS, POR LO TANTO NO SE GENERAN OBLIGACIONES CORRESPONDIENTES A ESTE MES

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2024	$ 56.400.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 56.400.000,00
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	$ 56.400.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 56.400.000,00
	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