

	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO					CÓDIGO: GA-GECON-MN-01-FT-05
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS					FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION					VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES					
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI					PAGINA 1 DE 2

Fecha:	18/03/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	FEBRERO					
No. de Contrato:	317-2025			VALOR	50.000.000,00							
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda	CO1.PCCNTR.8700676											
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS VETERINARIOS INTEGRALES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIV, ASISTENCIAL Y DE EMERGENCIA DEL PROGRAMA FUERZA PELUDA DEL HOSPITAL MILITAL CENTRAL.											
Nombre de Contratista	ZOOVET JB SAS			NIT/ CC	901427461-4							
Clase de Contrato	Prestación de Servicios			Modalidad de Contratación	CONTRATACIÓN DIRECTA							
Cuenta Bancaria No.	24400000754	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente					
Garantía Cumplimiento (Si aplica) : COMPañía ASEGURADORA		Aseguradora (Si aplica): SEGUROS DEL ESTADO SA POLIZA: 11-44-101273451		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 31/12/2025								
VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN	
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP						
	2025	198925	31/12/2015	5213	31/12/2025	517725						31/12/2025
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 7.699.300,00	

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Tres millones cuatrocientos quince mil trescientos pesos m/cte

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2025	50.000.000,00			11.114.600,00	38.885.400
TOTAL CONTRATO	\$ 50.000.000,00	\$ -	\$ -	\$ 11.114.600,00	\$ 38.885.400,00

Nombre del Supervisor: Dra. Adriana Alejandra Galindo Montoya				Fecha de notificación: 31/12/2025										
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO					FECHA DE TERMINACION								
	31/12/2025					28/02/2026								
Vigencia del Contrato:				En tiempo										
Prorrogas:				1-										
				2-										
				3-										
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS XXXy PensiónXXX y riesgos profesionales XXXX (FEBRERO) en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (FEBRERO); 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 dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION														
NOTA 2: Recuerde en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sean requeridos durante las actividades.														
NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detalla da el cuadro realcionado a continuación:														
REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado / existencias almacén)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES

NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE MANTENIMIENTO	FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar): se tramita el pago a la fecha sin embargo se recibio el servicio a satisfaccion dentro de los terminos del contrato , se tramita este pago teniendo en cuenta la presentacion de la factura a la fecha por parte de el proveedor

NOTA 5: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los \$ 6.808.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

INFORMACIÓN GENERAL										
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES			
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor		
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO							CODIGO:	VERSIÓN	10
								Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Dra. Adriana Alejandra Galindo Montoya		FIRMA:	
			
NÚMERO DE CEDULA:	1020720314		
CELULAR : 33012934988	CORREO: aagalindo@homil.gov.co		

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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