

HOSPITAL MILITAR CENTRAL 	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO					CÓDIGO: GA-GECO-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:	31/03/2026	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	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
2025	198925	31/12/2025	5213	31/12/2025	517725	31/12/2025	FEZT8131	5/03/2025			2.314.550,00
							FEZT8132	5/03/2025			1.100.750,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 3.415.300,00
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: TRES MILLONES CUATROSCIENTOS 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)
VIGENCIA 2025	50.000.000,00			3.415.300,00	46.584.700
TOTAL CONTRATO	\$ 50.000.000,00	\$ -	\$ -	\$ 3.415.300,00	\$ 46.584.700,00

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:			
Prorrogas:	En tiempo		
	1-		
	2-		
	3-		
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS 16/03/2026 y Pensión 16/03/2026 y riesgos profesionales 16/03/2026 PLANILLA No. 63706201 (MARZO) en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (MARZO); 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 continuacion:			

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 : Se tramita el pago a la fecha, sin embargo se recivio 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:

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		