"Se recomienda leer el instructivo, ubicado al final del documentos antes de diligenciar el presente formato"

TIPO DE INFORME	Parcial	x	Final	

1	ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO									
1.1	Informe No.				4					
1.2	Período del informe	Del	01	9	25	Al	30	9	25	
1.3	Contrato #	FGN-RP-0011-2025	Fecha	6	10	2025	Tipo de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS		
1.4	Objeto									
Suministrar alimentos, medicamentos, insumos de aseo y prestar servicios médicos Veterinarios, para los semovientes caninos del grupo de soporte canino de la dirección Seccional Nariño.										
1.5	Nombre del contratista									
XIMENA ESTEFANÍA JURADO OJEDA										

1.6	Cédula o NIT	1.7	Correo electrónico
1085290891		Ximejurado7@gmail.com	
1.8	Dirección	1.9	Teléfono
CARRERA 15 N 41-32 B/ SAN JUAN DE DIOS		3157363603	

1.10	Fecha de Inicio	28	5	2025

1.11	Requisitos de ejecución del contrato *(múltiple respuesta si aplica, escoger con "X")*			
Acta de Inicio	X	Registro Presupuestal	X	
Aprobación Garantía	X	Suscripción del Contrato		

1.12	Fecha terminación (*Aplica solo para el informe final*)	Aplica		No Aplica	X	Fecha	D	M	A

2.	DATOS DEL(LOS) SUPERVISOR(ES) *(Delegado, el que quedó registrado en el contrato)*		
2.1	Nombre(s) del supervisor(es) o interventor(es) (*Agregar las filas que se requieran*)		
FERNANDO JAIRO MONTENEGRO GUERRERO			
2.2	Dependencia	2.3	Número de Extensión o teléfono

Este documento es copia del original que reposa en la Intranet. Su impresión o descarga se considera una Copia No Controlada.

DIRECCION DE PROTECCION Y ASISTENCIA		21760	
2.4	**Correo electrónico**	fernando.montenegro@fiscalia.gov.co	
2.5	**Nombre (s) del supervisor (es) o interventor (es) designado (s)** *(Entiéndase como designado, el que quedó registrado en el contrato si en la cláusula así se dispuso)*		
N/A			
2.6	**Dependencia**	**2.7**	**Número de Extensión o teléfono**
N/A		N/A	
2.8	**Correo electrónico**	N/A	

3.	**RESUMEN FINANCIERO**				
3.1	**Valor inicial del contrato**				
Es hasta por la suma de	$19.860.001				Pesos M/CTE
3.2	**Vigencias futuras**	**SI**		**NO**	**X**

Cuadro 1 - Vigencias Futuras

AÑO	NUMERO	VALOR
		$
		$
TOTAL		**$**

(Agregar tantas filas como se requieran)

3.3	**Número y fecha del certificado de disponibilidad presupuestal**

Cuadro 2 – Certificado de Disponibilidad Presupuestal

No. De CDP	Fecha de expedición de CDP
12525	07/03/2025
N/A	N/A

(Agregar tantas filas como se requieran)

3.4	**Número y fecha de registro presupuestal**

Cuadro 3 – Registro Presupuestal

No. De Registro Presupuestal	Fecha de expedición de Registro Presupuestal		
131325	**7**	**5**	**25**
N/A	**N/A**	**N/A**	**N/A**

Este documento es copia del original que reposa en la Intranet. Su impresión o descarga se considera una Copia No Controlada.

(Agregar tantas filas como se requieran)

3.5	Cesión	SI		NO	X	Fecha	D	M	A

3.6 Resumen histórico (Favor reportar en el presente cuadro, los datos de todos los informes en forma cronológica y discriminar por vigencia en caso que aplique)

Cuadro 4. Resumen Histórico

FECHA DEL ÚLTIMO CORTE (dd/mm/aaaa)	VALOR TOTAL DEL CONTRATO (Incluir el valor de adiciones y/o vigencias futuras en caso de que aplique	VALOR TOTAL DE LAS CUENTAS ANTERIORES RADICADAS EN FINANCIERA	VALOR REPORTADO MEDIANTE EL PRESENTE INFORME	SALDO PENDIENTE POR EJECUTAR
03/07/2025	$19.860.001	0	$8.844.000	$11.016.001
31/07/2025	$11.016.001	$8.844.000	N/A	$11.016.001
31/08/2025	$11.016.001	$8.844.000	N/A	$11.016.001
31/09/2025	$11.016.001	$8.844.000	$2.278.000	$8.738.001

(Agregar tantas filas como se requieran)

3.7 Histórico de Modificaciones Contractuales

Fecha	Modificatorio Número	Adición Número	Prórroga Número	Suspensión Número	Reanudación Número	Descripción
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

(Agregar tantas filas como se requieran)

4.	OTROS ASPECTOS	
4.1	Acta de liquidación:	
(Con el último informe se debe presentar el proyecto de acta de liquidación, si al verificar el clausulado del contrato ésta aplica).		
4.2	Estado de avance presupuestal a la fecha	43.99%
(VALOR TOTAL DE LAS CUENTAS ANTERIORES RADICADAS EN FINANCIERA + VALOR REPORTADO MEDIANTE EL PRESENTE INFORME) /(VALOR TOTAL DEL CONTRATO (Incluir el valor de adiciones en caso que aplique) x 100		
4.3	Estado de avance físico a la fecha (%)	%

Este documento es copia del original que reposa en la Intranet. Su impresión o descarga se considera una Copia No Controlada.

(UNIDADES TOTALES RECIBIDAS A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME / UNIDADES CONTRATADAS) X100

4.4 Persona natural *(Si no aplica, colocar N/A)*

Cuadro 5 – Persona Natural

Obligaciones	Número y fecha de certificación o planilla de pago a la terminación del contrato
Sistema de Salud, Sistema de Pensiones y Riesgos Laborales	31254520 Tipo I / 2025/09/05

(Si no aplica colocar N/A)

4.5 Persona jurídica

Fecha de Certificación	Fecha	D	M	A

La certificación será expedida por el Revisor Fiscal de acuerdo con los requerimientos de Ley o por el Representante legal a la fecha de terminación del contrato.

5. CONCEPTO SUPERVISOR (ES) O INTERVENTOR (ES):

De acuerdo con lo señalado en los Artículos 82, 83 y 84 de la Ley 1474 del 2011 y la Guía para Supervisión de Contratos de Colombia Compra Eficiente, es deber de los supervisores e interventores de los contratos realizar un seguimiento técnico, administrativo, financiero y jurídico, para efectos de corroborar el cumplimiento a cabalidad del objeto y las obligaciones en el marco del contrato.

Cuadro 6 – Concepto del Supervisor

Aspectos a Verificar	SI	NO	Explique	N/A
El bien o servicio cumplió con las especificaciones técnicas mínimas	X			
El bien o servicio cumplió con las cantidades exigidas en el contrato.	X			
El contratista cumplió con las entregas pactadas en el contrato	X			
Fue satisfactoria la calidad del bien o servicio contratado	X			
Los bienes fueron ingresados al almacén				X
Se dio la transferencia de conocimientos o capacitación indicada en el contrato.				X
Se llevó a cabo la instalación y puesta en funcionamiento de los bienes a entera satisfacción.				X
Se llevaron a cabo los mantenimientos preventivos o correctivos de los bienes contratados.				X

Este documento es copia del original que reposa en la Intranet. Su impresión o descarga se considera una Copia No Controlada.

Se cumplió con los tiempos establecidos para las entregas según contrato				X
Se cumplió con el recurso humano requerido en el contrato				X

Se cumplió con el recurso humano requerido en el contrato

Nota: Documentación Anexa: El Supervisor deberá acreditar el cumplimiento del objeto y las obligaciones pactadas en el contrato, mediante los siguientes documentos (cuando aplique y solo dejar la relación de los documentos que se anexan):

- Soporte documental donde se evidencie la prestación del servicio objeto del contrato.
- Certificaciones de aportes al sistema general de seguridad social y aportes parafiscales.
- Recibo a satisfacción
- Cuenta de cobro 001
- Autorización consignación bancaria y certificado de cuenta.

Informes anexos	**SI**		**NO**		**N/A**	**x**
Tipo y detalle del informe:						

5.1	**El contratista "CUMPLIÓ**	**Si Cumplió**		**No Cumplió**	

Justifique su respuesta: (Espacio de obligatorio diligenciamiento)

PARA EL PRESENTE MES SE UTILIZO EL SERVICIO EL CUAL FUE PRESTADO DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL PRESENTE CONTRATO

6. RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES

N/A

Cuadro 7 – Recibo a Satisfacción de Bienes

ITEM	DESCRIPCIÓN	UND DE MEDIDA	CANT. CONTRATADA	CANT. EJECUTADA
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

(*Agregar las casillas que sean requeridas Si no aplica coloca N/A)
si el número de bienes recibido es muy amplio, debe venir como documento adjunto)

7. RECIBO A SATISFACCIÓN DE SERVICIOS

Este documento es copia del original que reposa en la Intranet. Su impresión o descarga se considera una Copia No Controlada.

Con la firma del presente informe se deja constancia del recibo a satisfacción por parte de la FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN, de los servicios prestados pactados en el contrato

Nota: En caso de no recibir a satisfacción los bienes o servicios, se deben consignar los motivos y circunstancias en el campo "Observaciones".

8.	**REEVALUACIÓN DE PROVEEDORES**: *(Si es el informe final escoger entre BUENO, REGULAR O MALO si informe parcial escoger N/A)*

Malo		Regular		Bueno	X	N/A	

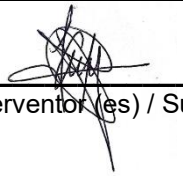
Justifique la calificación: (Espacio de obligatorio diligenciamiento)

EL CONTRATISTA PRESTO EL SERVICIO Y ENTREGO LOS ELEMENTOS REQUERIDOS DE MANERA OPORTUNA Y DE ACUERDO A LA FICHA TECNICA DE CONTRATACION.

OBSERVACIONES *(Espacio destinado para aclarar o adicionar datos relevantes del contrato que no fueron registrados en el presente informe)*

N/A

FIRMA RESPONSABLES



Interventor (es) / Supervisor (es)

Nombre	Cedula
FERNANDO JAIRO MONTENEGRO GUERRERO	98.387.963

Ciudad	SAN JUAN DE PASTO	fecha	6	10	2025

	Nombre	Firma	Fecha
Proyectó	FERNANDO JAIRO MONTENEGRO GUERRERO		6/10/2025
Revisó			

Este documento es copia del original que reposa en la Intranet. Su impresión o descarga se considera una Copia No Controlada.

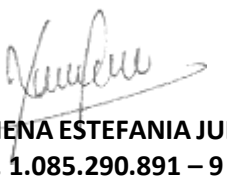
Cuenta cobro N° 002
FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN REGIONAL PACÍFICO NIT 800187575
DEBE A:
XIMENA ESTEFANIA JURADO OJEDA NIT 1.085.290.891 – 9

LA SUMA DE: Dos millones doscientos setenta y ocho mil pesos $2.278.000
POR CONCEPTO DE:

Detalle	Cantidad	Valor	Valor total
Suplemento alimenticio con colágeno, Ácido hialurónico, condroitín sulfato y Glucosamina,	2	$105.000	$210.000
Shampoo y acondicionador con clorhexidina	2	$50.000	$100.000
Perfume hidratante con aloe vera y avena	2	$ 78.000	$156.000
Jabón natural de árbol de té con glicerina	2	$20.000	$40.000
Consulta médico veterinaria: Revisión física general, condición corporal, peso, diagnostico de patologías y formulación de tratamiento, administración y/o aplicación de medicamentos inyectables, desparasitantes internos y externos, vacunación, historia clínica y anamnesis, reporte semestral.	2	$85.000	$170.000
Perfil hepático (bilirrubinas, proteínas diferenciadas GPT, GOT, FA, o GGT)	2	$170.000	$340.000
Exámenes de Diagnostico tipo I cuadro hemático (Perfil Básico)	2	$135.000	$270.000
Consulta médico veterinaria: Revisión física general, condición corporal, peso, diagnostico de patologías y formulación de tratamiento, administración y/o aplicación de medicamentos inyectables, desparasitantes internos y externos, vacunación, historia clínica y anamnesis, reporte semestral.	1	$85.000	$85.000
Exámenes de Diagnostico tipo II (Perfil Completo) coprológico y Coproscópico	1	$ 160.000	$ 160.000
Exámenes de Diagnostico tipo I cuadro hemático (Perfil Básico)	1	$135.000	$135.000
Perfil hepático (bilirrubinas, proteínas diferenciadas GPT, GOT, FA, o GGT)	1	$170.000	$170.000
Antiparasitario De Amplio Espectro tipo I para perros a partir de 35 kg de peso	1	$ 39.000	$ 39.000
Hospitalización por 24 horas con cuidados intensivos, monitoreo constante de signos vitales para un canino entre 25 a 45 kilos con observación médica, administración de medicamentos inyectables, orales y fluido terapia requeridos para su recuperación	1	$360.000	$360.000
Suspensión antidiarreica subsalicilato de bismuto, suspensión oral	1	$ 43.000	$ 43.000
TOTAL			$2.278.000

Para constancia se firma en San Juan de Pasto, el día 29 de septiembre de dos mil veinticinco (2.025)

Atentamente,



XIMENA ESTEFANIA JURADO OJEDA
NIT. 1.085.290.891 – 9

Certificación
Bancaria

Miércoles, 24 de septiembre de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que XIMENA ESTEFANIA JURADO OJEDA identificado(a) con CC 1085290891, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	19059537159	2016-05-06	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

San Juan de Pasto

Señores:
Fiscalía General de la Nación
Regional Pacifico
Nit: 800187575

Cordial Saludo,

Por medio de la presente autorizo a la realización del pago en la cuenta de ahorros número 19059537159 de Bancolombia.

Atentamente,

XIMENA ESTEFANIA JURADO OJEDA
NIT. 1.085.290.891 – 9

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1085290891 sucursal 1, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2025-09	230201	800229739	PROTECCION	1	0	227.800	0	227.800
Período salud:	2025-09	EPS005	800251440	SANITAS	1	0	178.000	0	178.000
Planilla Nro.:	31254520 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	0	34.700	0	34.700
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Fecha transacción:	2025-09-05	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	BANCOLOMBIA	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	1442453616	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 440.500

PAGADO

FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN

PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

FORMATO RECIBO A SATISFACCIÓN

Código: FGN-AP06-F-18
Versión: 02
Página: 1 de 1

SEÑALE CON UNA X LA CLASE, NÚMERO Y VIGENCIA DEL CONTRATO A CERTIFICAR, SUSCRITO CON LA FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN

x	**CN:** Contrato		**RS:** Resolución		**CM:** Caja Menor
	CNA: Contrato Adicional		**SPC:** Servicios Públicos		

No. FGN-MC-0011-2025 **VIGENCIA** 2025

EN CUMPLIMIENTO AL NUMERAL 1° DEL ARTÍCULO 26 DE LA LEY 80 DE 1993, CERTIFICO QUE RECIBÍ A SATISFACCIÓN Y DENTRO DEL TÉRMINO ESTIPULADO LOS BIENES Y/O SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL OBJETO.

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL XIMENA ESTEFANÍA JURADO OJEDA

CÉDULA O NIT 1085290891

CORREO ELECTRÓNICO DEL BENEFI Ximejurado7@gmail.com

PERIODO DEL SERVICIO: 1/09/2025 - 30/09/2025

OBJETO: Suministrar alimentos, medicamentos, insumos de aseo y prestar servicios médicos Veterinarios, para los semovientes caninos del grupo de soporte canino de la dirección Seccional Nariño.

PLAZO DE EJECUCIÓN 31/12/2025

CONCEPTO DE PAGO:
(Según clausula forma de pago) SUMINISTRO DE INSUMOS PARA CANINOS, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y VITAMINAS, ATENCION MEDICO VETERINARIA Y EXAMENES CLINICOS

Nos. DE FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO: cuenta de cobro N-2

VALOR A PAGAR: $2,278,000

APROBACIÓN PÓLIZA	**No**	CCS-100041255	Fecha:	DD/MM/AA 20/05/2025		
AFECTAR COMPROMISO PRESUPUESTAL	**No**		Fecha:		Vr. $	
REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO	**No.**	131325	Fecha:	20/05/2025	Vr. $	19,860,001

NOMBRE DEL SUPERVISOR O SU DELEGADO: FERNANDO JAIRO MONTENEGRO GUERRERO

No. CÉDULA DEL SUPERVISOR: 98.387.963

CARGO DEL SUPERVISOR: Agente de proteccion y seguridad II

DEPENDENCIA: DIRECCION DE PROTECCION Y ASISTENCIA **TEL. Ext.:** 7244417/21761

CORREO ELECTRÓNICO DEL SUPERV fernando.montenegro@fiscalia.gov.co

FIRMA DEL SUPERVISOR **FECHA:** 6-oct-25

OBSERVACIONES: cuenta de ahorros 19059537159 de bancolombia **Se anexa cuenta de cobro No 2 planilla de pagos del sistema de salud ,sistema de pensiones y riesgos laborales.**

RECEPCIÓN INFORME DE SUPERVISIÓN **No. De Folios**

RADICADO:

Este documento es copia del original que reposa en la Intranet. Su impresión o descarga se considera una Copia No Controlada.