INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN

1. **IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO Y/O CONVENIO**

CONVENIO Y/O CONTRATO No: 150-MC-017-25.

NOMBRE CONTRATISTA: ASMEVET HOSPÍTAL VETERINARIO SAS

OBJETO: Contratar el suministro de concentrados, medicamentos y atención medica veterinaria para los caninos de la Cárcel y Penitenciaria con Alta y Media Seguridad El Barne – CPAMSEB.

2. **PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN:** OCHO (08) MESES
3. **PRÓROGAS:** SI: _____ NO: __X____
4. **ADICIONES:** SI: _____ NO: ___X___
5. En caso positivo, por favor señalar los Otrosí suscritos con las prórrogas y/o adiciones _____ _____ _____
6. **FECHA DE TERMINACIÓN: (22) veintidós días del mes diciembre del 2025**
7. **VALOR INICIAL DEL CONTRATO/ CONVENIO**: Setenta millones cinto treinta y siete mil novecientos dieciséis pesos MT/CE ($70.137.916).
8. **VALOR FINAL DEL CONTRATO / CONVENIO**: Setenta millones cinto treinta y siete mil novecientos dieciséis pesos MT/CE ($70.137.916).
9. ¿El contrato o Convenio tuvo otras modificaciones? SI_____ NO __X__
10. En caso positivo, señalar los documentos de modificación.
11. **INFORME SOBRE EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS:**

FECHA	FACTURA No.	VALOR
11/06/2025	FEA18260	16.209.480
11/06/2025	FEA18274	11.707.773
17/09/2025	FEA22935	12.653.413
31/10/2025	FEA23982	17.767.250
31/10/2025	FEA23983	11.800.000

NOTA: Este informe de ser necesario puede realizarse en documento adjunto, con los soportes de ejecución

Que se consideren pertinentes.

12. BALANCE FINANCIERO

CONCEPTO	VALOR
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$70.137.916
VALOR TOTAL EJECUTADO	$70.137.916
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA	$70.137.916
VALOR PENDIENTE POR PAGAR AL CONTRATISTA	0
SALDO A LIBERAR	0

Nota: En caso de convenios donde hayan existido aportes de las partes, deberá señalarse el valor de cada uno de los aportes realizados y la ejecución de los mismos.

13. CALIFICACION DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS PRESTADOS:

(El Supervisor del contrato deberá seleccionar con una **X** la calificación de los bienes o servicios prestados**)**

EXCELENTE	BUENO	REGULAR	DEFICIENTE
X			

Como supervisor de este contrato y/o convenio, certifico que he cumplido las funciones de verificación, vigilancia y control frente al cumplimiento del objeto del contrato / convenio, así como de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales.

Así mismo se deja constancia que el contratista cumplió a cabalidad el objeto del contrato, que los soportes de las actividades desarrolladas se entregaron por parte del contratista en medio impreso o digital y que estas cumplieron con las calidades y cantidades exigidas en el contrato ó convenio, los cuales fueron remitidos al expediente contractual.

Por lo anterior se firma a los **22** días del mes de **diciembre** de **2025.**

NOMBRE DEL SUPERVISOR: IN. VARGAS MORENO JOVANNI

CARGO DEL SUPERVISOR: RESPONSABLE GOCAN CPAMSEB

FIRMA DEL SUPERVISOR: _____