

**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES**

Código del formato: DG-A-P-114-F-002

Versión: 02

Página 1 de 5

INFORME DE SUPERVISIÓN / INTERVENTORÍA

| 1º. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO/CONVENIO | | | | | |
|---|--|------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------|
| No. DE CONTRATO/CONVENIO: | CONTRATO No-053-SG-2023- ORDEN DE COMPRA No-110297 | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO: | ADQUISICIÓN DE SEGUROS OBLIGATORIOS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO (SOAT), A TRAVÉS DEL ACUERDO MARCO DE PRECIOS, CCE-284-IAD-2020. | | | | |
| CONTRATISTA/ASOCIADO: | LA PREVISORA S A COMPAÑIA DE SEGUROS - N.I.T. 860002400 | | | | |
| 2º. INFORMACIÓN DE LA EJECUCIÓN | | | | | |
| PLAZO DE EJECUCIÓN: Como lo determine el contrato electrónico | MESES: | 1 | DÍAS: | 30 | |
| No. Certificado de Disponibilidad Presupuestal – CDP En caso de que existan varios enumerarlos en forma descendente | 124223 | FECHA (DD/MM/AA) | 08/05/2023 | VALOR \$ | \$117.798.249 |
| No. Registro Presupuestal del Compromiso - CRP En caso de que existan varios enumerarlos en forma descendente | 411723 | FECHA (DD/MM/AA) | 31/05/2023 | VALOR \$ | \$117.798.249 |
| APROBACIÓN DE LA GARANTIA Marque con una X, según corresponda (según aplique) En caso de que existan varios enumerarlos en forma descendente | SI | NO | Fecha de aprobación: (DD/MM/AA) | | |
| FECHA DE INICIO (DD/MM/AA) | 31/05/2023 | | FECHA DE TERMINACIÓN (DD/MM/AA) | 30/06/2023 | |
| Nota. Recuérdese que esta fecha, para los contratos de prestación de servicios profesionales/apoyo a la gestión, debe ser la concomitante o posterior de la última actuación entre: 1) Aprobación de garantía; 2) Registro Presupuestal del Compromiso; y 3) Afiliación a la ARL. | | | | | |
| 3º. DATOS DE LA SUPERVISIÓN/INTERVENTORIA | | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR (según aplique) | MARGARITA ANCINEZ RAMOS | | | | |
| IDENTIFICACIÓN (número de identificación) DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR (según aplique) | 52.116.559 de Bogotá | | | | |
| CARGO DEL SUPERVISOR O NÚMERO CONTRATO INTERVENTOR (según aplique) | Coordinadora Grupo Nacional de Gestión Administrativa | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR (según aplique) | PEDRO ELBERTO MENDEZ CASTRO | | | | |
| IDENTIFICACIÓN (número de identificación) DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR (según aplique) | 79.350.190 de Bogotá | | | | |
| CARGO DEL SUPERVISOR O NÚMERO CONTRATO INTERVENTOR (según aplique) | Asistente- GNGEA-Apoyo a la supervisión | | | | |
| 4º. TIPO DE INFORME | | | | | |
| Marque con una X, según corresponda | | | | | |
| Informe Parcial/mensual | X | Informe Final | | Informe Postcontractual | |
| 5º. PERÍODO REPORTADO | | | | | |
| Desde (DD/MM/AA) | 31/05/2023 | | Hasta (DD/MM/AA) | 30/06/2023 | |
| 6º. VERIFICACIÓN/SEGUIMIENTO DE OBLIGACIONES DEL CONTRATO/CONVENIO ELECTRÓNICO | | | | | |
| El supervisor o interventor deberá registrar el cumplimiento de las obligaciones contractuales pactadas, de acuerdo al Numeral 5 "Documentos del contrato" – Estudios Previos (SECOP), y a los Estudios previos debidamente adjuntos a la orden de compra (TIENDA VIRTUAL) | | | | | |



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME DE SUPERVISIÓN / INTERVENTORÍA

Código del formato: DG-A-P-114-F-002

Versión: 02

Página 2 de 5

OBLIGACIONES GENERALES

(Transcriba cada una de obligaciones generales, de acuerdo al estudio previo y contrato/convenio electrónico, en forma descendente) – recuérdese que, en el caso de Órdenes de compra, las obligaciones deben ser transcritas del AMP.

| No. | Obligación | Cumplimiento Marque con una X, según corresponda | | Observaciones |
|-----|--|---|----|---------------|
| | | SI | NO | |
| 1 | La Entidad dará aplicación a lo establecido en la Cláusula 10 del Acuerdo Marco de Precios CCE-284-IAD-2020. | x | | |

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS

(Transcriba cada una de las obligaciones específicas de acuerdo al estudio previo y contrato/convenio electrónico, en forma descendente) – recuérdese que, en el caso de Órdenes de compra, las obligaciones deben ser transcritas del AMP.

| No. | Obligación | Cumplimiento Marque con una X, según corresponda | | Observaciones |
|-----|---|---|----|---------------|
| | | SI | NO | |
| 1 | La Entidad dará aplicación a lo establecido en la Cláusula 10 del Acuerdo Marco de Precios CCE-284-IAD-2020 | x | | |

7º. INFORMACIÓN SOBRE MODIFICACIONES AL CONTRATO

(Se diligencia atendiendo al numeral 1 “Información general” del contrato electrónico – Identificación del contrato: Versión del contrato, en concordancia con el numeral 8 “Modificaciones del Contrato” – SECOP; para el caso de Tienda Virtual, deberá revisar las modificaciones realizadas a la respectiva orden de compra)

| Nº | Fecha de la Modificación (AAAA-MM-DD) (diligenciar en orden cronológico) | Tipo de modificación (identifíquelo con una X) | | | | | | | Plazo (meses o días) Total de Ejecución con Prórrogas, suspensiones y reinicios, a la fecha del informe | Valor Total con Adiciones y Reducciones a la fecha del informe | |
|-----|--|--|---------|------------|----------|--------|-------------|--------------------------------------|---|--|-----|
| | | Prórroga | Adición | Suspensión | Reinicio | Cesión | Reducciones | Terminación anticipada y liquidación | | | |
| N/A | /A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

8º. RELACIÓN DE ENTREGAS/CANTIDADES/ REGIONALES PARA BIENES O SERVICIOS (cuando aplique)

| | | | |
|--|--|-----------|--|
| ¿Los bienes recibidos tienen la misma presentación que la contratada? | Sí (será afirmativo cuando exista cláusula contractual que permita el cambio de presentación) | | No (Justificación) |
| | X | | |
| DESCRIPCIÓN (incluyendo presentación – revisar estudio previo- cuando aplique) DEL BIEN O SERVICIO | CANTIDADES Contratadas (De acuerdo a lo determinado en el estudio previo) | Recibidas | Relación de cantidades por sitio de entrega (Cuando exista regionalización) Sitio de entrega (Regional, seccional, entre otros) |

| UNIDAD ORGANIZACIONAL | CANTIDAD | VALOR |
|-----------------------|----------|-------------|
| DIRECCIÓN GENERAL | 21 | 24.980.870 |
| REGIONAL BOGOTÁ | 2 | 2.124.848 |
| REGIONAL NOROCCIDENTE | 14 | 19.090.348 |
| REGIONAL NORORIENTE | 19 | 16.221.062 |
| REGIONAL NORTE | 11 | 15.374.579 |
| REGIONAL OCCIDENTE | 8 | 8.124.255 |
| REGIONAL ORIENTE | 13 | 14.978.496 |
| REGIONAL SUR | 11 | 8.044.061 |
| REGIONAL SUROCCIDENTE | 11 | 8.652.641 |
| TOTAL | 110 | 117.591.160 |



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME DE SUPERVISIÓN / INTERVENTORÍA

Código del formato: DG-A-P-114-F-002

Versión: 02

Página 3 de 5

| ITEM | DESCRIPCION | VALOR TOTAL |
|------|---|---------------|
| 110 | POLIZAS - SEGUROS OBLIGATORIOS DE ACCIDENTES DE TRANSITO (SOAT) | \$117.591.160 |

NOTA: FACTURAS RELACIONADAS CON SUS VALORES EN EL ARCHIVO EXCEL ADJUNTO.

9º. SEGUIMIENTO DE INGRESO DEL ALMACÉN (cuando aplique)

| ELEMENTOS RECIBIDOS EN ALMACÉN | Sí | No |
|--|----|----|
| Nota. Recuerde que los servicios no tienen ingreso al almacén. | X | |

FECHA DE INGRESO AL ALMACÉN (DD-MM-AA)

SE ADJUNTA COMPROBANTE DE INGRESO DE ALMACÉN (Sí/No)

Nota. Cuando ingresen los elementos al almacén, se deberá adjuntar el comprobante de ingreso del Almacén General de Bogotá o del Almacén de la Regional (expedido/enviado por el coordinador/responsable de la mencionada unidad organizacional), el cual hará parte integral del presente informe.

10º. SEGUIMIENTO DE BIENES ENTREGADOS EN DEPÓSITO A TERCEROS (cuando aplique)

| Se entregaron bienes en depósito a terceros | Sí | No |
|---|----|----|
| | X | |

FECHA DE ENTREGA DE LOS BIENES EN DEPÓSITO A TERCEROS (DD-MM-AA)

FECHA DE VENCIMIENTO DEL DEPÓSITO A TERCEROS (DD-MM-AA)

FECHA EN LA CUAL SE ENVIAN AL ALMACÉN LOS BIENES QUE ESTABAN EN DEPÓSITO A TERCEROS (DD-MM-AA)

11º. SEGUIMIENTO DE EGRESO DEL ALMACÉN

Marque con una (x), que clase o tipo de elemento es:

Consumible: Devolutivo (aquellos que tienen placa):

SE ADJUNTA COMPROBANTE DE EGRESO DE ALMACÉN (Sí/No)

Nota. En caso de ser un elemento devolutivo, se deberá adjuntar el comprobante de egreso- salida del Almacén General de Bogotá o del Almacén de la Regional (expedido/enviado por el coordinador/responsable de la mencionada unidad organizacional), el cual hará parte integral del presente informe.

12º. CONTROL FINANCIERO DEL ANTICIPO (cuando aplique)

| VALOR DEL ANTICIPO | N/A | | |
|--|-----|------------------|-----|
| ENUMERE CADA UNA DE LAS AMORTIZACIONES AL ANTICIPO | N/A | VALOR AMORTIZADO | N/A |

13º. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO/CONVENIO ELECTRÓNICO

(Para su diligenciamiento, revise en numeral 7- "Ejecución del Contrato" – Plan de Pagos y Balance de pagos y Balance de entregas, en el contrato/convenio electrónico – SECOP; para el caso de la Tienda Virtual, esta verificación la realizará sobre la orden de compra inicial y sus modificaciones)

| | |
|--|---------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO/CONVENIO | \$117.798.249 |
| VALOR ADICIONES 1 | \$00 |
| VALOR ADICIONES 2 | \$00 |
| VALOR REDUCCIONES | \$0 |
| VALOR FINAL DEL CONTRATO/CONVENIO A LA FECHA | \$117.591.160 |
| VALOR TOTAL EJECUTADO A LA FECHA | \$117.591.160 |

Relacione el valor ejecutado, de acuerdo con lo recibido a la fecha del informe, y lo indicado en el contrato/convenio.



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME DE SUPERVISIÓN / INTERVENTORÍA

Código del formato: DG-A-P-114-F-002

Versión: 02

Página 4 de 5

| | |
|--|---------------|
| VALOR TOTAL FACTURADO A LA FECHA Relacione el valor facturado por el contratista, de acuerdo con el contrato/convenio, que no ha sido pagado. | \$117.591.160 |
| VALOR TOTAL PAGADO A LA FECHA Relacione el valor pagado de acuerdo al reporte SIIIF | 0 |
| VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR | \$207.089 |
| VALOR POR ANULAR <i>Este ítem "Solo se requiere para el informe final, y que el contrato/convenio se encuentre en trámite de liquidación"</i> Igualmente se deberá allegar la justificación de la anulación – en la cual se indique sobre el numeral 3- “Bienes y Servicios” a que ítem/ítems se aplicará la respectiva anulación, la aceptación del proveedor y el formato de anulación debidamente suscripto por el líder del proyecto. | \$0 |
| Nota: Recuerde que esta información debe coincidir con el SECOP II / TIENDA VIRTUAL | |

14º. CERTIFICACIÓN AL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PAGO DEL CONTRATO/CONVENIO ELECTRÓNICO

En calidad de (supervisor o interventor) del contrato/convenio electrónico en mención, certifico:

- 1) Que se recibió a satisfacción, el bien/obra o servicio del objeto contratado.
- 2) Que se cumplieron las obligaciones contractuales pactadas con el Contratista en desarrollo del objeto y durante el periodo de ejecución del contrato.
- 3) Que una vez verificados los documentos cargados por el Contratista, en el Sistema Electrónico de Contratación Pública – SECOP II / Tienda Virtual, para hacer exigible la obligación del pago, estos cumplen con los requerimientos determinados en el estudio previo y contrato/convenio electrónico.

Igualmente certifico que se verificó y que se encuentra cargado en el contrato/convenio del Sistema Electrónico de Contratación Pública – SECOP II / Tienda Virtual, la siguiente documentación:

| Tipo de documento | SI/NO APLICA |
|--|--------------|
| Factura o su equivalente | SI |
| Certificación/aportes de encontrarse al día en el Sistema de Seguridad Social y parafiscales | SI |
| Comprobante de ingreso al almacén (cuando aplique) | NO |
| Cronograma (cuando aplique) | NO |
| Otros | |

La presente certificación se firma a los 23 días del mes de junio del año-2023

15º. JUSTIFICACIÓN SOBRE ANULACIÓN DE SALDOS CONTRATO/CONVENIO

(Este numeral únicamente se deberá diligenciar para el informe final de supervisión/interventoría, siempre y cuando existan saldos pendientes por anular en el contrato/convenio que iniciará su liquidación)

Justificación

VALORES NO FACTURADOS NI CONSUMIDOS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| No. | Valor a anular \$207.089 | Ítem/ítems del contrato /convenio electrónico al cual se le anularán estos saldos (Para diligenciar este numeral deberá revisar el numeral 3- “Bienes y Servicios” del contrato electrónico, e identificar el ítem/ítems a anular) |
|-----|--------------------------|---|
| | | |

**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES****INFORME DE SUPERVISIÓN / INTERVENTORÍA**

Código del formato: DG-A-P-114-F-002

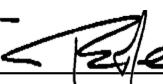
Versión: 02

Página 5 de 5

Anexos.

| Tipo de documento | SI/NO APLICA |
|--------------------------|---------------------|
| Formato de anulación | SI |
| Aceptación del proveedor | SI |
| Otros | N/A |

16º. QUIEN SUSCRIBE EL INFORME

| | |
|--|---|
| NOMBRE Y APELLIDOS | MARGARITA ANCINEZ RAMOS |
| CARGO | Coordinadora Grupo Nacional de Gestión Administrativa |
|  FIRMA | |
| NOMBRE Y APELLIDOS | PEDRO ELBERTOMENDEZ CASTRO |
| CARGO | ASISTENTE GNGEA-Apoyo a la supervisión |
|  FIRMA | |

Nota. El supervisor designado, con petición expresa a la ordenación del gasto, podrá solicitar apoyos a la supervisión; en estos casos el presente informe se suscribirá por la supervisión y sus apoyos.

Proyectó: Pedro Elberto Mendez Castro -Asistente GNGEA-SAF

Revisó: Margarita Ancinez Ramos-Coordinadora GNGEA-SAG

Aprobó: Margarita Ancinez Ramos-Coordinadora GNGEA-SAG

Nota. Recuerde que este formato deberá cargarse en el numeral 7 "Ejecución del contrato" - Plan de Pagos, previo a la aprobación de la factura o su equivalente y una vez revisado dichos valores.