
	<b>INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES</b>	
	<b>INFORME DE SUPERVISIÓN / INTERVENTORÍA</b>	Código del formato: DG-A-P-114-F-002
		Versión: 02
		Página 1 de 5

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 COMPAÑÍA 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 \$	<b>\$117.798.249</b>
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 \$	<b>\$117.798.249</b>
APROBACIÓN DE LA GARANTÍA 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)	
		X			
FECHA DE INICIO (DD/MM/AA)	31/05/2023		FECHA DE TERMINACIÓN (DD/MM/AA)		<b>30/06/2023</b>
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)					

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES</b>	
	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		Observaciones
		Marque con una X, según corresponda		
		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		Observaciones
		Marque con una X, según corresponda		
		SI	NO	
1	La Entidad dará aplicación a lo establecido en la Cláusula 10 del Acuerdo Marco de Precios CCE-284-IAD-2020	x		

#### 7°. 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)

N°	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	Otros (modificación de condiciones técnicas)		
N/A	/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

#### 8°. 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		Relación de cantidades por sitio de entrega (Cuando exista regionalización)	Sitio de entrega (Regional, seccional, entre otros)
	Contratadas (De acuerdo a lo determinado en el estudio previo)	Recibidas		


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
<b>TOTAL</b>	<b>110</b>	<b>117.591.160</b>

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES</b>	
	<b>INFORME DE SUPERVISIÓN / INTERVENTORÍA</b>	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.**

<b>9°. SEGUIMIENTO DE INGRESO DEL ALMACÉN (cuando aplique)</b>			
<b>ELEMENTOS RECIBIDOS EN ALMACÉN</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
Nota. Recuerde que los servicios no tienen ingreso al almacén.			<b>X</b>
<b>FECHA DE INGRESO AL ALMACÉN (DD-MM-AA)</b>		N/A	
<b>SE ADJUNTA COMPROBANTE DE INGRESO DE ALMACÉN (Sí/No)</b>		N/A	
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.			
<b>10°. SEGUIMIENTO DE BIENES ENTREGADOS EN DEPÓSITO A TERCEROS (cuando apique)</b>			
<b>Se entregaron bienes en depósito a terceros</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
			<b>X</b>
<b>FECHA DE ENTREGA DE LOS BIENES EN DEPÓSITO A TERCEROS (DD-MM-AA)</b>		X	
<b>FECHA DE VENCIMIENTO DEL DEPÓSITO A TERCEROS (DD-MM-AA)</b>		X	
<b>FECHA EN LA CUAL SE ENVIAN AL ALMACÉN LOS BIENES QUE ESTABAN EN DEPÓSITO A TERCEROS (DD-MM-AA)</b>		X	
<b>11°. SEGUIMIENTO DE EGRESO DEL ALMACÉN</b>			
Marque con una (x), que clase o tipo de elemento es:			
Consumible:	<input checked="" type="checkbox"/>	Devolutivo (aquellos que tienen placa):	<input type="checkbox"/>
<b>SE ADJUNTA COMPROBANTE DE EGRESO DE ALMACÉN (Sí/No)</b>			
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.			
<b>12°. CONTROL FINANCIERO DEL ANTICIPO (cuando aplique)</b>			
<b>VALOR DEL ANTICIPO</b>	N/A		
<b>ENUMERE CADA UNA DE LAS AMORTIZACIONES AL ANTICIPO</b>	N/A	<b>VALOR AMORTIZADO</b>	N/A
<b>13°. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO/CONVENIO ELECTRÓNICO</b>			
(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)			
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO/CONVENIO</b>		<b>\$117.798.249</b>	
<b>VALOR ADICIONES 1</b>		<b>\$00</b>	
<b>VALOR ADICIONES 2</b>		<b>\$00</b>	
<b>VALOR REDUCCIONES</b>		<b>\$0</b>	
<b>VALOR FINAL DEL CONTRATO/CONVENIO A LA FECHA</b>		<b>\$117.591.160</b>	
<b>VALOR TOTAL EJECUTADO A LA FECHA</b>		<b>\$117.591.160</b>	
Relacione el valor ejecutado, de acuerdo con lo recibido a la fecha del informe, y lo indicado en el contrato/convenio.			

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES</b>	
	<b>INFORME DE SUPERVISIÓN / INTERVENTORÍA</b>	Código del formato: DG-A-P-114-F-002
		Versión: 02
		Página 4 de 5


<b>VALOR TOTAL FACTURADO A LA FECHA</b> Relacione el valor facturado por el contratista, de acuerdo con el contrato/convenio, que no ha sido pagado.	<b>\$117.591.160</b>
<b>VALOR TOTAL PAGADO A LA FECHA</b> Relacione el valor pagado de acuerdo al reporte SIIF	<b>0</b>
<b>VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR</b>	<b>\$207.089</b>
<b>VALOR POR ANULAR</b> <u>Este ítem "Solo se requiere para el informe final, y que el contrato/convenio se encuentre en trámite de liquidación"</u> 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 suscrito por el líder del proyecto.	<b>\$0</b>
<b>Nota: Recuerde que esta información debe coincidir con el SECOP II / TIENDA VIRTUAL</b>	

<p><b>14°. CERTIFICACIÓN AL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PAGO DEL CONTRATO/CONVENIO ELECTRÓNICO</b></p> <p>En calidad de (supervisor o interventor) del contrato/convenio electrónico en mención, certifico:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Que se recibió a satisfacción, el bien/obra o servicio del objeto contratado.</li> <li>Que se cumplieron las obligaciones contractuales pactadas con el Contratista en desarrollo del objeto y durante el periodo de ejecución del contrato.</li> <li>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.</li> </ol> <p>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:</p>
--

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	


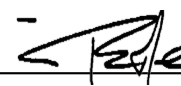
La presente certificación se firma a los **23 días del mes de junio del año-2023**

<p><b>15°. JUSTIFICACIÓN SOBRE ANULACIÓN DE SALDOS CONTRATO/CONVENIO</b></p> <p>(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)</p>		
<b>Justificación</b>		
<p><b>VALORES NO FACTURADOS NI CONSUMIDOS DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO</b></p>		
<b>No.</b>	<b>Valor a anular \$207.089</b>	<b>Ítem/ítems del contrato /convenio electrónico al cual se le anularán estos saldos</b> (Para diligenciar este numeral deberá revisar el numeral 3- "Bienes y Servicios" del contrato electrónico, e identificar el ítem/ítems a anular)

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES</b>	
	<b>INFORME DE SUPERVISIÓN / INTERVENTORÍA</b>	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

16°. QUIEN SUSCRIBE EL INFORME	
NOMBRE Y APELLIDOS	MARGARITA ANCINEZ RAMOS
CARGO	Coordinadora Grupo Nacional de Gestión Administrativa
<div style="text-align: center;">             _____  <b>FIRMA</b> </div>	
NOMBRE Y APELLIDOS	PEDRO ELBERTOMENDEZ CASTRO
CARGO	ASISTENTE GNGEA-Apoyo a la supervisión
<div style="text-align: center;">             _____  <b>FIRMA</b> </div>	
<p>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.</p>	

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.