
	<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	
<b>No. DE CONTRATO/CONVENIO:</b>	ACTA No-10-CTO No-0293-SG-2022-ORDEN DE COMPRA No-103476
<b>OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO:</b>	Adquisición de (i) Servicio de Mantenimiento Preventivo y Correctivo incluidas Autopartes y Mano de Obra; a través del acuerdo marco de precios No. CCE-286-AMP-2020
<b>CONTRATISTA/ASOCIADO:</b>	AUTOINVERCOL SA - N.I.T. 800 020 006 – 1

2º. INFORMACIÓN DE LA EJECUCIÓN					
<b>PLAZO DE EJECUCIÓN:</b> Como lo determine el contrato electrónico	<b>MESES:</b>	25	<b>DÍAS:</b>	3	
<b>No. Certificado de Disponibilidad Presupuestal – CDP</b> En caso de que existan varios enumerarlos en forma descendente	193222 16523 17924	<b>FECHA</b> (DD/MM/AA)	17/08/2022 10/01/2023 15-01-2024	<b>VALOR \$</b>	\$16.666.667 \$36.578.947 \$54.851.974
<b>No. Registro Presupuestal del Compromiso - CRP</b> En caso de que existan varios enumerarlos en forma descendente	961722 21023 34624 6522 VF 2025	<b>FECHA</b> (DD/MM/AA)	29/12/2022 10-01-2023 15-01-2024 30/12/2022	<b>VALOR \$</b>	\$3.639.189 \$36.578.947 \$54.851.974 \$5.139.803
<b>APROBACIÓN DE LA GARANTÍA</b> Marque con una X, según corresponda (según aplique) En caso de que existan varios enumerarlos en forma descendente	<b>SI</b>	<b>NO</b>		<b>Fecha de aprobación:</b> (DD/MM/AA)	
	x			30/12/2022	
<b>FECHA DE INICIO</b> (DD/MM/AA)	30/12/2022			<b>FECHA DE TERMINACIÓN</b> (DD/MM/AA)	01/02/2025
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	
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR (según aplique)</b>	CIRO VERGARA DIAZ
<b>IDENTIFICACIÓN (número de identificación) DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR (según aplique)</b>	9.659.998
<b>CARGO DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN O NÚMERO CONTRATO INTERVENTOR (según aplique)</b>	Coordinador Grupo Nacional de Gestión Administrativa-SAF
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR (según aplique)</b>	ERIKA JULIETH GARCIA SANCHEZ
<b>IDENTIFICACIÓN (número de identificación) DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR (según aplique)</b>	1.032.430.963
<b>CARGO DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN O NÚMERO CONTRATO INTERVENTOR (según aplique)</b>	Coordinadora (AF) Grupo Regional Administrativo y Financiero – Dirección Regional Bogotá
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR (según aplique)</b>	DIEGO FERNANDO NIÑO CASTRO
<b>IDENTIFICACIÓN (número de identificación) DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR (según aplique)</b>	91.456.577
<b>CARGO DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN O NÚMERO CONTRATO INTERVENTOR (según aplique)</b>	Coordinador (AF) Grupo Regional Administrativo y Financiero – Dirección Regional Oriente
<b>NOMBRE DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN (según aplique)</b>	PEDRO ELBERTO MENDEZ CASTRO
<b>IDENTIFICACIÓN (número de identificación) DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN (SEGÚN APLIQUE)</b>	79.350.190
<b>CARGO DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN O NÚMERO CONTRATO INTERVENTOR (según aplique)</b>	Asistente Grupo Nacional de Gestión Administrativa - SAF

4º. TIPO DE INFORME			
Marque con una X, según corresponda			
<b>Informe</b>	x	<b>Informe Parcial</b>	<b>Informe Pos contractual</b>

	<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

Parcial/mensual				
-----------------	--	--	--	--

**5º. PERÍODO REPORTADO**

Desde (DD/MM/AA)	01/10/2024	Hasta (DD/MM/AA)	24/12/2024
------------------	------------	------------------	------------

**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)

**OBLIGACIONES GENERALES**

(Transcriba cada una de obligaciones generales, de acuerdo al estudio previo y contrato/convenio electrónico, en forma descendente) – recuerdese 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 las cláusulas 11,12, y 13, Acuerdo Marco para la adquisición de (i) Servicio de Mantenimiento Preventivo y Correctivo incluidas Autopartes y Mano de Obra; y (ii) Adquisición de autopartes número CCE-286-AMP-2020, celebrado entre Colombia Compra Eficiente.	x		

**OBLIGACIONES ESPECÍFICAS**

(Transcriba cada una de las obligaciones específicas de acuerdo al estudio previo y contrato/convenio electrónico, en forma descendente) – recuerdese 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 las cláusulas 11,12, y 13, Acuerdo Marco para la adquisición de (i) Servicio de Mantenimiento Preventivo y Correctivo incluidas Autopartes y Mano de Obra; y (ii) Adquisición de autopartes número CCE-286-AMP-2020, celebrado entre Colombia Compra Eficiente.	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 (identifiquelo 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	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?	<b>Sí-x</b> (será afirmativo cuando exista cláusula contractual que permita el cambio de presentación)	<b>No</b> (Justificación)
	N/A	N/A

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		



**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

**Pagar de acuerdo al CDP y RP vigencia-2024 y recurso asignado para cada centro de costo**

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No 17924	
REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO No CRP -34624	
<b>DIRECCION GENERAL</b>	
FACTURA No	VALOR
APV34652 (*)	8.821.827,27
APV34661	893.942,90
<b>SUB TOTAL DIRECCION GENERAL</b>	<b>9.715.770,17</b>
<b>REGIONAL BOGOTA</b>	
FACTURA No	VALOR
APV34652	2.623.719,75
<b>SUB TOTAL DIRECCION REGIONAL BOGOTA</b>	<b>2.623.719,75</b>
<b>REGIONAL ORIENTE</b>	
FACTURA No	VALOR
APV34652	4.989.744,09
<b>SUB TOTAL DIRECCION REGIONAL BOGOTA</b>	<b>4.989.744,09</b>
<b>TOTAL, DIRECCION GENERAL Y REGIONAL BOGOTA</b>	<b>17.329.234,01</b>

**Nota:** Facturación que se evidencia en la Plataforma SIIF NACION para el respectivo trámite de pago.

**Nota:** Del valor total de la factura APV34652 \$16.435.291,11 se debitará el valor de la factura APV-33143 por valor de \$6.244.102,89, la cual fue pagada dos veces de acuerdo a la relación de pagos de SIIF NACION, que por error involuntario se tramito doble vez para su pago.

**Nota:** El valor a descontar de \$6.244.102,89 se deberá realizar al centro de costos del Nivel central el cual está por valor de \$8.821.827,27

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

<b>ELEMENTOS RECIBIDOS EN ALMACÉN</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Nota. Recuerde que los servicios no tienen ingreso al almacén.		X
<b>FECHA DE INGRESO AL ALMACÉN (DD-MM-AA)</b>		
<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.		

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

<b>Se entregaron bienes en depósito a terceros</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
		X
<b>FECHA DE ENTREGA DE LOS BIENES EN DEPÓSITO A TERCEROS (DD-MM-AA)</b>		N/A
<b>FECHA DE VENCIMIENTO DEL DEPÓSITO A TERCEROS (DD-MM-AA)</b>		N/A
<b>FECHA EN LA CUAL SE ENVIAN AL ALMACÉN LOS BIENES QUE ESTABAN EN DEPÓSITO A TERCEROS (DD-MM-AA)</b>		N/A


**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.

	<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 4 de 5

**12°. CONTROL FINANCIERO DEL ANTICIPO (cuando aplique)**

<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

**13°. 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)

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO/CONVENIO</b>	\$100.209.913,00
<b>VALOR ADICIONES</b>	-
<b>VALOR REDUCCIONES</b>	-
<b>VALOR FINAL DEL CONTRATO/CONVENIO A LA FECHA</b>	\$100.209.913,00
<b>VALOR TOTAL EJECUTADO A LA FECHA</b> <small>Relacione el valor ejecutado, de acuerdo con lo recibido a la fecha del informe, y lo indicado en el contrato/convenio.</small>	\$88.826.007,11
<b>VALOR TOTAL FACTURADO A LA FECHA</b> <small>Relacione el valor facturado por el contratista, de acuerdo con el contrato/convenio, que no ha sido pagado.</small>	\$10.995.131,12
<b>VALOR TOTAL PAGADO A LA FECHA</b> <small>Relacione el valor pagado de acuerdo al reporte SIIF</small>	\$77.830.875,99
<b>VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR</b>	\$11.383.905,89
<b>VALOR POR ANULAR</b> <small>Este ítem "Solo se requiere para el informe final, y que el contrato/convenio se encuentre en trámite de liquidación" Igualmente se deberá allegar la justificación de la anulación – en la cual se indique sobre el numeral 3- "Bienes y Servicios" a que ítem/items se aplicará la respectiva anulación, la aceptación del proveedor y el formato de anulación debidamente suscrito por el líder del proyecto.</small>	\$0

**Nota: Recuerde que esta información debe coincidir con el SECOP II / TIENDA VIRTUAL**

**14°. 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	NO

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE FIRMA A LOS VEINTICUATRO (24) DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2024

**15°. 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)

<b>Justificación</b>
N/A

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

Código del formato: DG-A-P-114-F-002

Versión: 02

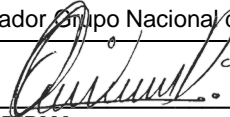
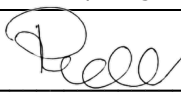

Página 5 de 5

No.	Valor a anular \$	Ítem/items 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/items a anular)
N/A	N/A	N/A

**Anexos.**

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

**16°. QUIEN SUSCRIBE EL INFORME**

<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>	CIRO VERGARA DIAZ
<b>CARGO</b>	Coordinador Grupo Nacional de Gestión Administrativa-SAF
 _____ <b>FIRMA</b>	
<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>	MARIA DEL PILAR GORDILLO
<b>CARGO</b>	Coordinadora Grupo Regional Administrativo y Financiero – Dirección Regional Bogotá
 _____ <b>FIRMA</b>	
<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>	DIEGO FERNANDO NIÑO CASTRO
<b>CARGO</b>	Coordinador (AF) Grupo Regional Administrativo y Financiero – Dirección Regional Oriente
 _____ <b>FIRMA</b>	
<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>	LAURA STEFANIA GARZON ALBAÑIL
<b>CARGO</b>	Profesional Universitaria GNAGEA-SAF
_____ <b>FIRMA</b>	

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:** Laura Estefanía Garzón Albañil – Profesional Universitario - GNAGEA-SAF 

**Revisó:** Ciro Vergara Díaz- Coordinador GNAGEA-SAF

**Revisó:** María del Pilar Gordillo- Coordinadora Grupo Regional Administrativo y Financiero – Dirección Regional Bogotá

**Revisó:** Diego Fernando Niño Castro-Coordinador (AF)-GRAF-DRO

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.