

DESARROLLADORA DE PROYECTOS ROCAFUERTE
SAS



NIT 901.096.870-1
CL 18 18 41 OF 403
Tel: (036) 3114887159
Pereira - Colombia
gerencia.financiera@proyectosrocafuerte.com



Factura electrónica de venta
No. RF 87

Señores	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES		
NIT	800.150.861-1	Teléfono	(606) 4069977 - Ext. 000
Dirección	CL 7 A 12 A 51	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	29/09/2025, 13:41
Expedición	29/09/2025, 16:39
Vencimiento	29/10/2025

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Suministro de 15 mts. de pasamanos en tubo redondo de acero inoxidable de 2.5 calibre 16 para anclar en la pared, con brida de fijación y tapa brida para mejor presentación.	15.00	4,498,200.00

Total items: 1

Valor en Letras:

Cuatro millones cuatrocientos noventa y ocho mil doscientos pesos m/cte

Forma de pago:

Crédito

Medio de pago:

Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2025-10-29 por \$ 4,498,200.00

Observaciones:

\$29-02-00-000;0020-2025-DROC;leidy.carmona@medicinalegal.gov.co# \$

Total Bruto	3,780,000.00
IVA 19%	718,200.00
Total a Pagar	4,498,200.00

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización Electrónica 18764085814643 aprobado en 20241220 prefiijo RF desde el número 84 al 1000 Vigencia: 12 Meses

Responsable de IVA - Actividad Económica 4390. Otras actividades especializadas para la construcción de edificios y obras de ingeniería civil Tarifa 0
CUFE: 74a26e5e21a7d1bb076b89a263d9ed0280709639501f0609467ae8b48ea1aa66c582f05740287e536eef53863e8beb53

Fabricante Software y Proveedor tecnológicos: Sigo SAS - Nit 830.048.145-B. Nombre Software: Sigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML



**EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE
DESARROLLADORA DE PROYECTOS ROCA FUERTE SAS
NIT 901.096.870-1
CERTIFICA QUE**

DESARROLLADORA DE PROYECTOS ROCA FUERTE SAS con NIT 901.096.870-1 (En adelante la compañía), ha venido efectuando los aportes parafiscales (SENA, ICBF, Y Cajas de compensación familiar), seguridad social (Pensión y Arl), y de salud de acuerdo a lo dispuesto por ley.

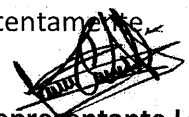
La compañía ha dado cumplimiento a lo dispuesto en el Art.50 Ley 789 de 2002 y demás normas vigentes relacionadas con el pago de obligaciones al sistema de Seguridad Social integral y aportes parafiscales.

A la fecha de expedición de la presente, la Compañía se encuentra al día en el pago de aportes al sistema de seguridad social y lo que corresponde a aportes parafiscales de los seis (6) meses anteriores a esta certificación.

Se expide la presente certificación en la ciudad de Pereira, a los Veinti Un (21) días del mes de Octubre del año Dos mil Veinticinco (2025).

¡Muchas gracias!

Atentamente,



Representante Legal

DESARROLLADORA DE PROYECTOS ROCAFUERTE
Nit. 901.096.870-1



SuAporte |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-10-27, 03:09:07 PM

Tipo Planilla:

E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS.

Número Planilla: 81100110

Periodo Cotización:

septiembre de 2025

Periodo Servicio:

octubre de 2025

PAGADO 16/10/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DESARROLLADORA DE PROYECTOS ROCAFUERTE SAS				
Documento	NI901096870			Dirección	AV. CARRERA 19 #118 - 30 OFICINA 511
Tipo de Empresa	EMPLEADOR			Teléfono	3105502097
Tipo Persona	JURIDICA			Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.			Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal	TABARES JOHANNA			Identificación	CC 53069647
Total Afiliados	1			ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades										Pensiones		Salud		Riesgos		Cajas			Parafiscales			Total	
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Símbolo Cotizante	INC	NET P	CLAS	CDP	CDP P	CDP P	CDP P	CDP P	CDP P	CDP P	CDP P	CDP P	CDP P	Tarifa	IBC Riesgos	Aportes Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aportes Caja	Aportes BENA	Aportes ICBP	ESAP	Aportes Ministerio	Total
GC 1019024026	JUAN CARLOS TABARES ATEHORTUA	01	00	X																	ICCF45 COMFAMILIAR RISARALDA	\$ 237.250	\$ 9.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 58.300

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes SENA	Aportes ICBP	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias, Saldo a Favor EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 237.250	\$ 237.250	\$ 237.250	\$ 237.250	\$ 38.000	\$ 9.500	\$ 1.300	\$ 9.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 58.300	\$ 0	\$ 58.300



	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	INFORME DE SUPERVISIÓN / INTERVENTORÍA	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:		Comunicado de Aceptación Nro.0020-2025-DROC			
OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO:		Adquisición de pasamanos o barandas en acero inoxidable en las escaleras de la Regional Occidente.			
CONTRATISTA/ASOCIADO:		Desarrolladora de Proyectos Rocafuerte S.A.S			
2º. INFORMACIÓN DE LA EJECUCIÓN					
PLAZO DE EJECUCIÓN: Como lo determine el contrato electrónico		MESES:		DÍAS:	30
No. Certificado de Disponibilidad Presupuestal – CDP En caso de que existan varios enumerarlos en forma descendente		136525	FECHA (DD/MM/AA)	18/06/2025	VALOR \$ 6.500.000
No. Registro Presupuestal del Compromiso - CRP En caso de que existan varios enumerarlos en forma descendente		548325	FECHA (DD/MM/AA)	15-08-2025	VALOR \$ 4.498.200
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			21/08/2025
FECHA DE INICIO (DD/MM/AA)		22/08/2025		FECHA DE TERMINACIÓN (DD/MM/AA)	05/10/2025
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					
NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR (según aplique)			Leidy Nathalia Carmona Cortes		
IDENTIFICACIÓN (número de identificación) DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR (según aplique)			1.088.259.923		
CARGO DEL SUPERVISOR O NÚMERO CONTRATO INTERVENTOR (según aplique)			Asistente		
4º. TIPO DE INFORME					
Marque con una X, según corresponda					
Informe Parcial/mensual		Informe Final	X	Informe Post-contractual	
5º. PERÍODO REPORTADO					
Desde (DD/MM/AA)		22/08/2025		Hasta (DD/MM/AA) 05/10/2025	
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 (SECOPI), 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) – 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.	Adquisición de pasamanos o barandas en acero inoxidable en las escaleras e la Regional Occidente	X		Ninguna	
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.					



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

No.	Obligación	Cumplimiento		Observaciones
		Marque con una X, según corresponda		
		SI	NO	
1	Adelantar oportunamente los trámites y cumplir los requisitos para el perfeccionamiento, ejecución y desarrollo del contrato en la plataforma SECOP II.	X		Ninguna
2	Constituir la garantía única requerida dentro del término señalado en el contrato electrónico, así como sus anexos modificatorios, en el evento de presentarse y subirlos en la plataforma SECOP II para su aprobación, por medio de lo cual quedará notificado	X		Ninguna
3	Cumplir con el pago de todos los impuestos, tasas, contribuciones o participaciones tanto en el ámbito nacional, departamental y municipal que se causen debido a la suscripción, desarrollo, ejecución y liquidación del contrato.	X		Ninguna
4	Acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales, relativas al sistema de seguridad social integral, así como los propios del Sena, ICBF y Caja de Compensación Familiar de sus empleados, como requisitos para la ejecución del contrato y para la obtención del pago derivado del mismo, de conformidad con lo establecido en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, el artículo primero de la Ley 828 de 2003 y el artículo 41 de la Ley 80 de 1993, adicionado por el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.	X		Ninguna
5	Entregar los elementos del objeto contractual en el sitio indicado por el Instituto y en el tiempo establecido, cumpliendo las condiciones técnicas exigidas y de calidad ofertadas por él, así como los demás aspectos que se relacionen en el contrato y en todo caso, buscar las alternativas para el logro de dicho objeto contractual.	X		Ninguna
6	Cualquier modificación que considere necesaria debe ser puesta a consideración del supervisor, tal que éste las someta a consideración del director regional. De no darse lo anterior, dichas modificaciones podrán ser objetadas y en todo caso	X		Ninguna

	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

	correrán por cuenta del Contratista sin costo alguno para el Instituto.			
--	---	--	--	--

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)		
1	2025-09-19	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	14	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		
Adquisición de pasamanos o barandas en acero inoxidable en las escaleras e la Regional Occidente	15 m	15 m	Pereira= 15 m	Regional Occidente

9°. 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)		NA
SE ADJUNTA COMPROBANTE DE INGRESO DE ALMACÉN (Sí/No)		NA
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.		

10°. SEGUIMIENTO DE BIENES ENTREGADOS EN DEPÓSITO A TERCEROS (cuando aplique)		
Se entregaron bienes en depósito a terceros	Sí	No
	No Aplica	No Aplica
FECHA DE ENTREGA DE LOS BIENES EN DEPÓSITO A TERCEROS (DD-MM-AA)		No Aplica
FECHA DE VENCIMIENTO DEL DEPÓSITO A TERCEROS (DD-MM-AA)		No Aplica
FECHA EN LA CUAL SE ENVÍAN AL ALMACÉN LOS BIENES QUE ESTABAN EN DEPÓSITO A TERCEROS (DD-MM-AA)		No Aplica

11°. SEGUIMIENTO DE EGRESO DEL ALMACÉN	

	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

Marque con una (x), que clase o tipo de elemento es:	
Consumible: X	Devolutivo (aquellos que tienen placa): X ☐

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.	

12°. CONTROL FINANCIERO DEL ANTICIPO (cuando aplique)			
VALOR DEL ANTICIPO	No Aplica		
ENUMERE CADA UNA DE LAS AMORTIZACIONES AL ANTICIPO	No Aplica	VALOR AMORTIZADO	No Aplica

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)	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO/CONVENIO	\$ 4.498.200
VALOR ADICIONES	\$ 0
VALOR REDUCCIONES	\$ 0
VALOR FINAL DEL CONTRATO/CONVENIO A LA FECHA	\$4.498.200
VALOR TOTAL EJECUTADO A LA FECHA Relacione el valor ejecutado, de acuerdo con lo recibido a la fecha del informe, y lo indicado en el contrato/convenio.	\$4.498.200
VALOR TOTAL FACTURADO A LA FECHA Relacione el valor facturado por el contratista, de acuerdo con el contrato/convenio, que no ha sido pagado.	\$4.498.200
VALOR TOTAL PAGADO A LA FECHA Relacione el valor pagado de acuerdo al reporte SIIF	\$ 0
VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR	\$ 0
VALOR POR ANULAR <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.	
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:	

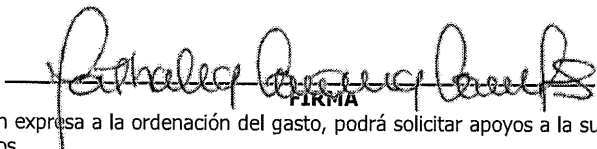
- 1) Que se recibió a satisfacción, servicio del objeto contratado facturado
- 2) Que se cumplieron las obligaciones contractuales pactadas con el Contratista en desarrollo del objeto y durante el periodo de ejecución del contrato.
- 3) Que, una vez verificados los documentos cargados por el Contratista, 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)	N/A
Cronograma (cuando aplique)	N/A
Otros	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

La presente certificación se firma a los Veintidós (22) días del mes de noviembre del año 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)		
Justificación		
No Aplica		
No.	Valor a anular \$	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)
No Aplica	No Aplica	No Aplica
No Aplica	No Aplica	No Aplica
Anexos.		
Tipo de documento		SI/NO APLICA
Formato de anulación		No Aplica
Aceptación del proveedor		No Aplica
Otros		No Aplica
16°. QUIEN SUSCRIBE EL INFORME		
NOMBRE Y APELLIDOS	Leidy Nathalia Carmona Cortes	
CARGO	Técnico	
 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: Leidy Nathalia Carmona Cortes-Dirección Seccional Risaralda.
Revisó: Leidy Nathalia Carmona Cortes-Dirección Seccional Risaralda.
Aprobó: Leidy Nathalia Carmona Cortes-Dirección Seccional Risaralda

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.

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	ACTA RECIBO DE BIENES ALMACÉN	Código del formato: DG-A-P-019-F-001
		Versión: 07
		Página 1 de 2

Acta No.: 033-DROC-2025 **Tipo de Entrega:** Total **Entrega No.:**

Contrato No.: 0020-2025-DROC **Tipo de Contrato:** Otro.

Otrosí modificadorio No.(s): NO APLICA

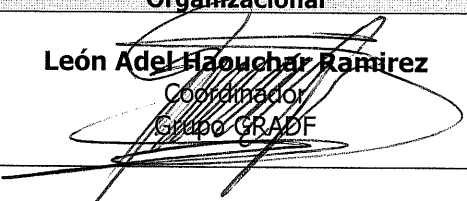
Nombre del Contratista: DESARROLLADORA DE PROYECTOS ROCAFUERTE

En la ciudad de Pereira, a los seis (06) días del mes noviembre del año 2025, en las instalaciones del almacén de la Dirección Regional Occidente, del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, se recibieron los bienes correspondientes al contrato mencionado, de acuerdo con cuadro que se detalla a continuación, acorde con la Factura Electrónica de Venta No RF-87.
Recibido el 2025-09-24.

NOTA IMPORTANTE.

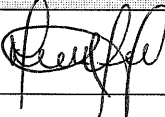
La información que se relaciona en la siguiente tabla es de carácter obligatorio para todas las actas de recibo de bienes (Lote, ítem, descripción del bien, presentación, cantidad y fecha de vencimiento - cuando aplique, de lo contrario eliminar columna). No obstante lo anterior, en caso de requerirse (por estricta necesidad de precisar especificaciones técnicas sobre el bien contratado), se podrán insertar filas, columnas e información adicional (lote, vigencia, elementos y equipos complementarios, entre otros) dependiendo del objeto contractual. Se podrán eliminar las columnas de cantidades por unidad organizacional, sólo cuando el receptor del bien corresponda sólo a una unidad organizacional.
(POR FAVOR ELIMINE ESTA NOTA CUANDO SE ELABORE EL DOCUMENTO FINAL)

LOTE	ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	PRESENTACIÓN	CANTIDAD TOTAL	FECHA VENCIMIENTO	CANTIDADES POR UNIDAD ORGANIZACIONAL
						GRUPO
N/A	1	PASAMANOS EN TUBO REDONDO EN ACERO INOXIDABLE DE 2.5 CALIBRE 16 PARA ANCLAR	METRO	15	NO APLICA	NO APLICA

FIRMA RESPONSABLES RECEPCIÓN FÍSICA DE LOS BIENES (CANTIDADES)	
Quién recibe en Bodega o Unidad Organizacional	Responsable del GNGBI, GRADF o Unidad Organizacional
 Cristian Osorio Santamaria Secretario Grupo GRADF	 León Adel Haouchar Ramirez Coordinador Grupo GRADF

Firma por los responsables de ejercer la supervisión del contrato, una vez verificado el cumplimiento de las especificaciones técnicas y la cantidad, encontrándose que cumplen con lo requerido y lo pactado en el proceso contractual referido.				
NOMBRE	CARGO	UNIDAD ORGANIZACIONAL	FIRMA	FECHA (aaaa-mm-dd)
Leidy Nathalia Carmona Cortes	Técnico Facilitador de Seguridad y Salud en el trabajo	GRAFD- DROC		2025-11-06

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	ACTA RECIBO DE BIENES ALMACÉN	Código del formato: DG-A-P-019-F-001
		Versión: 07
		Página 2 de 2

Funcionario asignado por la supervisión para la revisión de los bienes (si aplica)				
NOMBRE	CARGO	UNIDAD ORGANIZACIONAL	FIRMA	FECHA (aaaa-mm-dd)
Leidy Nathalia Carmona Cortes	Técnico Facilitador de Seguridad y Salud en el trabajo	GRAFD- DROC		2025-11-06.

Proyectó: Cristian Camilo Osorio Santamaria. – Secretario– Gradf – Droc. 

MEDICINA LEGAL
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
GRUPO NACIONAL DE GESTION DE BIENES E INVENTARIOS

Fecha de Proceso : 2025/11/12
Hora de Proceso : 10:14:34

Conse. : 53809
Fecha - AAAA/MM/DD : 2025/11/12

COMPROBANTE DE INGRESO AL ALMACEN REGIONAL OCCIDENTE
Tipo : C o n s u m o

Hoja : 1
Numero : 1040-0127/2025

SEÑOR ALMACENISTA DEL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES :

Sírvase recibir e ingresar al Kardex e inventario en depósito del Instituto los elementos relacionados en:

ADICION CONTRATOS : CA20-25-DR
000

Proveedor Nit o CC : 901096870 DESARROLLADORA DE PROYECTOS ROCAFUERTE SAS

ITEM	COD-INV	NOMBRE Y ESPECIFICACION DE LOS ARTICULOS	PRESE.	CANTIDAD	V UNT	V UNT 1/4	VALOR TOTAL
------	---------	--	--------	----------	-------	-----------	-------------

1	1600001121	21476 PASAMANOS EN ACERO INOXIDABLE	METRO	15	\$252,000.000	\$299,880.00	\$4,498,200.00
---	------------	-------------------------------------	-------	----	---------------	--------------	----------------

** TOTAL SUBGRUPO : MATERIALES PARA CONSTRUCCION

\$4,498,200.00

TOTAL COMPROBANTE

\$4,498,200.00

SON: *** CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE*****

OBSERVACIONES :

PASAMANOS EN ACERO INOXIDABLE, EN TUBO REDONDO, DE 1,5",
CALIBRE 16 PARA ANCLAJE EN PARED, CON BRIDA DE FIJACION Y
TAPA BRIDA.
INSTALADO EN PARED DE ESCALERAS QUE COMUNICAN A LABORATORIOS
RECIBIDO SEGUN COMUNICADO DE ACEPTACION NRO. 0020-2125-DROC
ACTA DE RECIBO DE BIENES ALMACEN NRO. 033-DROC-2025
FACTURA ELECTRONICA DE VENTA NRO. RF 87.
RECIBIDO EL 2025-09-24

FACTURA :

CRISTIAN CAMILO OSORIO SANTAMARIA
COORDINADOR

GRUPO NAL DE GESTION DE BIENES E INVENTARIOS

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
Tipo de agente retenedor - Entidad Pública
Subdirección Administrativa y Financiera
Grupo Nacional de Gestión Financiera
Formato de Liquidación de Impuestos



Periodo Facturado	22/08/2025	21/09/2025
Nombre del Proveedor	DESARROLLADORA DE PROYECTOS ROCAFUERTE S.A.S.	
Identificación Proveedor (CCMUT):	901.096.870-1	
No. (s) de Registro Presupuestal	548325	
Vigencia RP:	Actual	
Tipo de Rupto Presupuestal	Funcionamiento	
Numero del Contrato	CA-020-2025-DROC	
Objeto del Contrato	Adquisición de pasamanos o barandas en acero inoxidable en las escaleras en la Regional Occidente	
Actividad Económica - RUT o RUT	Comercial - Lugar donde se despachan los bienes	
Municipio donde se desarrolla la Actividad Económica	Pereira	

Nombre Regional	Regional Occidente
Dependencia	Regional Occidente
Numero (s) Factura (s)	RF87
Factura Electrónica Aprobada en SIF Nación x parte de la Supervisión	SI
Fecha elaboración liquidación	13/11/2025
Valor Facturado sin IVA	\$ 3.780.000,00
Base del IVA	\$ 718.200,00
Valor Facturado con IVA	\$ 4.498.200,00

Departamento	Nombre Beneficiario del Impuesto	No. Identificación CCMUT Beneficiario	Actividad económica del servicio o bien adquirido - CIU	Tipo de Impuesto	Base Gravable	Tarifa (%)	Valor del Impuesto	Soporte normativo (Acuerdo/Resolución, Ordenanza, Circ)	Observaciones
Cundinamarca	U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES	800.197.268	4390	Retención en la Fuente x IVA en compras	718.200,00	15,00%	107.730,00		
Cundinamarca	U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES	800.197.268	4390	Retención en la Fuente x Compras generales (cederantes)	3.780.000,00	2,50%	94.500,00		
Risaralda	Pereira	800.143.157	4390	Retención de impuesto de Industria y Comercio - Ite ICA (BIENES - COMPRAS)	3.780.000,00	0,5500%	20.790,00		(Tarifa ICA/1000)*100
Cundinamarca	Bogotá D.C.	899.999.001		Estampilla Pro-Universidad Nacional y demás universidades estatales		0,50%	0,00		
Cundinamarca	Ministerio del Interior - FONSECON	830.114.475		Contratos de obra - FONSECON		5,00%	0,00		
					Valor Total Deducciones		223.020,00		

ELABORÓ:
Firma
Nombre
Cargo

APROBÓ:
Firma
Nombre
Cargo

Instrucciones:
Diligenciar uno (1) folio por municipio. Ingresar la tarifa como porcentaje (Ej. 5% = escribir: .05). Para las tarifas de retención de industria y comercio escribir la cifra así: Ej. 6,9/1000 = 0,0069*100 = 0,69% este valor diligenciar en campo.
Este liquidación debe venir elaborada por el Contribuyente o jefe de la Dependencia.
Se debe anexar en la Memoranda 00520 copia del RTT (solo se anexa siempre y cuando el proveedor se encuentre obligados legalmente, de acuerdo con los topes en cada municipio, al RUT y debe adjuntarse, para efectos de verificar la aplicabilidad de la territorialidad del ICA y demás impuestos.
En el campo soporte normativo se debe relacionar el nombre del acuerdo, decreto, ordenanza u otro documento que sustente la liquidación de impuestos.
El periodo facturado debe coincidir con el periodo reportado en el informe de supervisión, debe coincidir con la fecha de emisión de la certificación de parafirmas para empresas jurídicas la cual debe estar firmada por Director Fiscal o Representante legal según aplique.
En la fecha, debe ser la del momento con el nombre de cada ejemplo municipal u otro impuesto que se requiera incorporar.
El supervisor debe verificar el pago del impuesto de compra por parte del comprador de acuerdo con el Memoranda 00545-2025, esto para los contratos que superen los 6.000 uvs y sus adiciones según Decreto 1757/2025, en caso de que aplique adjuntar el soporte de la actividad realizada, junto con el soporte del pago el cual debe ser remitido al Grupo Nacional de Gestión de Tesorería para lo pertinente en la Circular 010/2025 SIF Nación. El supervisor puede adjuntar dicho soporte en copia o remitirlo al correo del Grupo de Tesorería.
El No. de identificación del beneficiario de la deducción debe venir relacionado, el campo no debe dejarse vacío.
No incluir siglas en ningún campo escribir el nombre completo de la dependencia o del beneficiario de la deducción, debe diligenciarse el campo no debe quedar vacío.