1º. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO/CONVENIO	
No. DE CONTRATO/CONVENIO:	0277-SG-2022
OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO:	SELECCIONAR LA COMPAÑÍA DE SEGUROS LEGALMENTE AUTORIZADA POR LA SUPER FINANC. DE COLOMBIA, CON LA CUAL SE CONTRATARÁ LAS PÓLIZAS DE SEGUROS GENERALES TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES, AUTOMÓVILES, MANEJO GLOBAL, RESPONSAB.CIVIL EXTRACONTRACTUAL, RESPONSAB.CIVIL LABORATORIOS, TRANSPORTE DE MERCANCÍAS, TRANSPORTE DE VALORES E INFIDELIDAD Y RIESGOS FINANCIEROS, QUE HACEN PARTE DEL PROGRAMA DE SEGUROS DE LA ENTIDAD Y QUE AMPAREN LOS BIENES E INTERESES PATRIMON. Y/O POR LO CUALES SEA O FUERE LEGALMENTE RESPONSABLE
CONTRATISTA/ASOCIADO:	UNION TEMPORAL SOLIDARIO SURA-MAFRE-MEDICINALEGAL 2022-NIT 901.665.826

2º. INFORMACIÓN DE LA EJECUCIÓN						
PLAZO DE EJECUCIÓN: Como lo determine el contrato electrónico	**MESES:**	50	**DÍAS:**	7		
No. Certificado de Disponibilidad Presupuestal – CDP(Vigencia 2022) En caso de que existan varios enumerarlos en forma descendente	181522	**FECHA** (DD/MM/AA)	09/08/2022	**VALOR $**	94.381.669	
No. Certificado de Disponibilidad Presupuestal – CDP(Vigencia 2023) En caso de que existan varios enumerarlos en forma descendente	14223	**FECHA** (DD/MM/AA)	06/01/2023	**VALOR $**	2.649.946.850	
No. Certificado de Disponibilidad Presupuestal – CDP(Vigencia 2024) En caso de que existan varios enumerarlos en forma descendente	18224	**FECHA** (DD/MM/AA)	16/01/2024	**VALOR $**	2.714.283.727	
No. Certificado de Disponibilidad Presupuestal – CDP Otrosí 1 (Vigencia 2024) En caso de que existan varios enumerarlos en forma descendente	81524	**FECHA** (DD/MM/AA)	21/03/2024	**VALOR $**	26.716.269	
No. Certificado de Disponibilidad Presupuestal Otrosí 2 – CDP (Vigencia 2024) En caso de que existan varios enumerarlos en forma descendente	122824	**FECHA** (DD/MM/AA)	20/05/2024	**VALOR $**	11.706.825	
No. Certificado de Disponibilidad Presupuestal – CDP (Vigencia 2025) En caso de que existan varios enumerarlos en forma descendente	13025	**FECHA** (DD/MM/AA)	14/01/2025	**VALOR $**	2.781.837.448	
No. Certificado de Disponibilidad Presupuestal – CDP (Vigencia 2025) En caso de que existan varios enumerarlos en forma descendente	76325	**FECHA** (DD/MM/AA)	26/03/2025	**VALOR $**	57.704.836	
No. Certificado de Disponibilidad Presupuestal – CDP (Vigencia 2026) En caso de que existan varios enumerarlos en forma descendente	11126	**FECHA** (DD/MM/AA)	14/01/2026	**VALOR $**	1.656.950.674	
No. Certificado de Disponibilidad Presupuestal – CDP (Vigencia 2026) En caso de que existan varios enumerarlos en forma descendente	87226	**FECHA** (DD/MM/AA)	20/03/2026	**VALOR $**	36.421.550	
No. Registro Presupuestal del Compromiso – CRP (Vigencia 2022) En caso de que existan varios enumerarlos en forma descendente	956622	**FECHA** (DD/MM/AA)	27/12/2022	**VALOR $**	94.381.661	
No. Registro Presupuestal del Compromiso – CRP (Vigencia 2023) En caso de que existan varios enumerarlos en forma descendente	17023	**FECHA** (DD/MM/AA)	06/01/2023	**VALOR $**	2.649.946.850	
No. Registro Presupuestal del Compromiso – CRP (Vigencia 2024) En caso de que existan varios enumerarlos en forma descendente	35524	**FECHA** (DD/MM/AA)	16/01/2024	**VALOR $**	2.714.283.727	
No. Registro Presupuestal del Compromiso – CRP Otrosí 1 (Vigencia 2024) En caso de que existan varios enumerarlos en forma descendente	241324	**FECHA** (DD/MM/AA)	22/03/2024	**VALOR $**	26.716.269	

No. Registro Presupuestal del Compromiso – CRP Otrosi 2 (Vigencia 2024) En caso de que existan varios enumerarlos en forma descendente	377624	**FECHA** (DD/MM/AA)	21/05/2024	**VALOR $**	11.706.825
No. Registro Presupuestal del Compromiso – CRP (Vigencia 2025) En caso de que existan varios enumerarlos en forma descendente	25925	**FECHA** (DD/MM/AA)	14/01/2025	**VALOR $**	2.781.837.448
No. Registro Presupuestal del Compromiso – CRP (Vigencia 2025) En caso de que existan varios enumerarlos en forma descendente	209825	**FECHA** (DD/MM/AA)	31/3/2025	**VALOR $**	57.704.836
No. Registro Presupuestal del Compromiso – CRP (Vigencia 2026) En caso de que existan varios enumerarlos en forma descendente	22426	**FECHA** (DD/MM/AA	14-01-2026	**VALOR $**	1.656.950.674
No. Registro Presupuestal del Compromiso – CRP (Vigencia 2026) En caso de que existan varios enumerarlos en forma descendente	250426	**FECHA** (DD/MM/AA	07/04/2026	**VALOR $**	36.421.550

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		20/12/2022

FECHA DE INICIO (DD/MM/AA)	27/12/2022	**FECHA DE TERMINACIÓN** (DD/MM/AA)	17/02/2027
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)	CIRO VERGARA DIAZ
IDENTIFICACIÓN (número de identificación) DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR (según aplique)	C.C. 9.659.998
CARGO DEL SUPERVISOR O NÚMERO CONTRATO INTERVENTOR (según aplique)	Coordinador Grupo Nacional Gestión Administrativa-SAF

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)	01/01/2026	**Hasta** (DD/MM/AA)	31/07/2026

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) – 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	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 Familiarde sus empleados, como requisitos para la ejecución del contrato y para la obtención de cada pago derivado del mismo, de conformidad con lo	X		

	establecido en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y artículo primero de la Ley 828 de 2003 y el Artículo 41 de la Ley 80 de 1993, adicionado por el Articulo 23 de la Ley 1150 de 2007.			
2	Ejecutar en forma oportuna el objeto, alcance, obligaciones del contrato y las especificaciones técnicas requeridas, así como con las descritas en el estudio previo, análisis del sector, las descritas por el contratista en su propuesta, documento complementario y pliego de condiciones electrónico.	**X**		
3	Adelantar oportunamente los trámites y cumplir los requisitos para el perfeccionamiento, ejecución y desarrollo del contrato en la plataforma SECOP II.	**X**		
4	Responder civil y penalmente por las acciones u omisiones en el ejercicio del desarrollo del objeto del contrato, teniendo en cuenta lo previsto en el artículo 52 de la ley 80 de 1993			**NO SE HA PRESENTADO**
5	Cumplir con el pago de todos los impuestos, tasas, contribuciones o participaciones tanto en el ámbito nacional, departamental y municipal que se causen en razón de la suscripción, desarrollo, ejecución y liquidación del contrato.	**X**		
6	Cumplir con la facturación conforme lo señalado en el decreto 358 de 2020, Resolución 0042 de 2020 de la DIAN, el memorando 015-SAF-DG-2021 y demás normativa aplicable en lo concerniente con la facturación electrónica.	**X**		
7	Informar de inmediato al INSTITUTO y a las demás autoridades competentes cuando por causa u ocasión del contrato reciba peticiones ilegales o amenazas de quienes actúen por fuera de la Ley, como el de obligarlo a hacer u omitir algo.			**NO SE HA PRESENTADO**
8	Atender durante la vigencia del contrato todas las recomendaciones que efectué la entidad por medio del supervisor líder del contrato y que se consideren pertinentes para la ejecución del contrato.	**X**		
9	Garantizar el cumplimiento del contrato y las que por su naturaleza le sean atribuibles conforme al objeto y alcance del mismo.	**X**		

10	Velar que, por ningún motivo, se suspenda o abandone el cumplimiento del objeto del contrato, sin perjuicio de la debida justificación aceptada por la Entidad, así mismo deberá responder por la calidad de los servicios de conformidad con el artículo 5º numeral 4º de la Ley 80 de 1993.	**X**		
11	Ejercer la dirección y el control propio de todas las actividades encomendadas, en forma oportuna y dentro del término establecido, con el fin de obtener la correcta realización del objeto contratado.	**X**		
12	Ejecutar todas las actividades que sean necesarias para lograr un total y fiel cumplimiento del objeto, el alcance y las obligaciones contratadas, aunque no estén específicamente señaladas en el presente documento, siempre y cuando las mismas correspondan a la naturaleza y objeto del contrato.	**X**		
13	Cumplir con lo previsto en las disposiciones de las especificaciones básicas esenciales, así como en lo ofrecido en la propuesta presentada y anexo adicional.	**X**		
14	Acatar las órdenes que durante el desarrollo del contrato la entidad le imparta, y de manera general, obrar con lealtad y buena fe de las distintas etapas contractuales evitando las dilacionesy entrabamientos que pudieran presentarse.	**X**		
15	Informar al tomador, mediante la entrega de la póliza y demás documentos, la extensión de los riesgos asumidos y aclarar, en cualquier tiempo, cualquier duda que éste le formule.	**X**		
16	No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la ley con el fin de obligarlosa hacer u omitir algún acto o hecho.			**NO SE HA PRESENTADO**
17	Cumplir oportunamente con sus obligaciones y con la presentación de los documentos para elpago, expedición de anexos de pólizas, entre otros, los cuales deben ser revisados antes de remitirlas al Instituto que estén completos, con los contenidos correctos y solicitados por la Entidad.	**X**		
18	Entregar una vez adjudicado el proceso, el protocolo de atención por cada una de las	**X**		

	pólizas adjudicadas esto con el fin de conocer el conducto regular de atención en las áreas de suscripción y de indemnizaciones, para las reclamaciones o cualquier tipo de requerimiento que pueda presentarse durante la ejecución del contrato, este documento debe contener como mínimo la siguiente información, funcionario, cargo, área/dependencia, correo electrónico, teléfono celular de contacto. Así mismo en caso de presentarse alguna modificación en citados funcionarios, estadeberá ser informada al Instituto			

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	Ejecutar el(los) contratos de seguros adjudicados en los términos y condiciones señalados en el pliego de condiciones y en la propuesta presentada por el ASEGURADOR, y de conformidad con las normas legales que los regulen.	X		
2	Expedir la(s) nota(s) de cobertura de la(s) póliza(s) objeto del contrato, dentro de los **dos (2) días hábiles** siguientes a la expedición del acto administrativo por medio del cual se comunica la adjudicación del proceso de selección.	X		
3	Expedir la(s) respectiva(s) póliza(s) de seguro con sus correspondientes anexos y modificacionesque llegaren a tener, dentro de los **ocho (8) días hábiles** siguientes a la firma del contrato con sus correspondientes condiciones generales y particulares, según lo dispuesto en los términos previstos en los estudios previos, análisis del sector, pliego de condiciones y en la propuesta presentada por el asegurador y de conformidad con las normas que regulen el contrato de seguro,y en general observando las normas contenidas en el Código de Comercio y demás concordantes.	X		
4	Garantizar el cumplimiento del objeto y alcances descritos en el presente documento, en los términos y condiciones del pliego y en su propuesta, observando en	X		

	todo momento el Régimen de Contratación Pública y demás normatividad vigente aplicable.			
5	Prestar oportunamente todos y cada uno de los servicios descritos en su propuesta.	**X**		
6	Responder a las consultas efectuadas por el Instituto y/o su Corredor de Seguros, dentro de los **cinco (5) días** hábiles siguientes a la fecha del recibo de la solicitud.	**X**		
7	Realizar las modificaciones, inclusiones o exclusiones de personas o bienes e intereses asegurables, en las mismas condiciones contratadas para el seguro.	**X**		
8	Realizar la liquidación de la prima de las prórrogas, adiciones, modificaciones, inclusiones **con las mismas condiciones y tasas ofertadas** en el proceso y las pólizas, siempre y cuando la siniestralidad no sobrepase el 60% por póliza de las primas causadas y siniestros reportados hasta la fecha de la evaluación de la siniestralidad (entendida como siniestros pagados y en reserva).	**X**		
9	Atender y pagar las reclamaciones y siniestros que presente la entidad, beneficiarios o terceros en los términos, plazos y condiciones señalados en los estudios previos, análisis del sector, pliego de condiciones y en la propuesta presentada y de conformidad con las normas vigentes que regulen el contrato de seguro y conforme la normatividad vigente aplicable, sin dilaciones.	**X**		
10	Comunicar en caso de rechazo u objeción, mediante escrito debidamente motivado y justificado,la no cobertura del siniestro.			**NO SE HA PRESENTADO**
11	Realizar un (1) programa de capacitación, de cada una de las pólizas de seguros, con una intensidad horaria mínima de dos (2) horas programas de capacitación relativos a los seguros objeto del contrato, de acuerdo con las siguientes condiciones: Póliza de Todo Riesgo Daños Materiales, Póliza de Seguro de Automóviles, Póliza de Manejo Global para Entidades Oficiales, Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual, Póliza de Responsabilidad Civil Laboratorios, Póliza	**X**		

	de Transporte de Mercancías, Póliza de Transporte de Valores y Póliza de Infidelidad y Riesgos Financieros. Las capacitaciones se realizarán durante el término de ejecución del contrato, a través del sistema de video conferencias de la Entidad o presenciales previo acuerdo entre las partes. De cada capacitación se deberán entregar las memorias de los temas expuestos.			
12	Coordinar con el intermediario de seguros de la Entidad y tomar las medidas necesarias para salvar o recobrar los bienes asegurados o conservar el salvamento, previa liquidación y pago delsiniestro	**X**		
13	Coordinar con el intermediario de seguros de la Entidad, la entrega del informe y reporte mensual de estadísticas de siniestralidad dentro de los **cinco (5) primeros días** de cada mes, por cada una de las pólizas objeto de contratación bajo este proceso, la cual debe contener como mínimo la siguiente información: póliza afectada, Número de radicación de siniestro, Fecha de aviso, Ramo , Fecha de ocurrencia del siniestro , Ciudad en la que ocurrió el siniestro, Amparo afectado, Descripción e identificación del Bien afectado, Valor estimado de la reclamación, Valor reserva, Valor indemnizado, Fecha de pago, Breve descripción del estado en que se encuentra la reclamación a la fecha del reporte.	**X**		
14	Cumplir con las obligaciones que se deriven del objeto del contrato de acuerdo con el estudio previo, análisis del sector, pliego de condiciones, oferta presentada, y la normatividad vigente aplicable a este tipo de contratos	**X**		
15	Sostener los precios ofertados durante la vigencia del contrato, incluidas las modificaciones por inclusiones o exclusiones y adiciones.	**X**		
16	Pagar las comisiones al intermediario de seguros de la entidad, que para el presente proceso esla UNIÓN TEMPORAL MARSH–AON–WILLIS / 2021**,** de conformidad con el artículo 1341 del Código de Comercio con las disposiciones vigentes y con el	**X**		

	ofrecimiento realizado en la oferta			
17	Informar oportunamente al supervisor del contrato sobre las imposibilidades o dificultades que se presenten en la ejecución del mismo.	**X**		
18	Mantener la confidencialidad de la información del Instituto, en el sentido de no comunicar, divulgar, aportar, ni utilizarla o la información que le haya sido confiada u obtenida en desarrollo del objeto contractual y/o de los servicios prestados, a ningún título frente a terceros ni en provecho propio, sin previo consentimiento escrito por parte de la entidad; de igual forma abstenerse de dar información a medios de comunicación a menos que haya recibido autorización de la entidad. Esta obligación se prolongará incluso después de finalizado el servicio y por eltérmino de dos (2) años.			

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	Otros (modificación de condiciones técnicas)		
1	2024/03/22		X								$ 9.924.116.629,00
2	2024/05/21		X								$ 9.935.823.454,00
3	2025/03/31		X								$ 9.993.528.290,00
4	2026-03/30		X								$10.029.949.840,00

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)

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**		

Seleccionar la compañía de seguros legalmente autorizada por la super Financ. de Colombia, con la cual se contratará las pólizas de seguros generales todo riesgo daños materiales, automóviles, manejo global, responsab civil extracontractual, responsab. civil laboratorios, transporte de mercancías, transporte de valores e infidelidad y riesgos financieros, que hacen parte del programa de seguros de la entidad y que amparen los bienes e intereses patrimon. y/o por lo cuales sea o fuere legalmente responsable	1	1		Sede Principal Bogotá

9º. SEGUIMIENTO DE INGRESO DEL ALMACÉN (cuando aplique)		
ELEMENTOS RECIBIDOS EN ALMACÉN Nota. Recuerde que los servicios no tienen ingreso al almacén.	**Sí** N/A	**No**
FECHA DE INGRESO AL ALMACÉN (DD-MM-AA)		N/A
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.		N/A

10º. SEGUIMIENTO DE BIENES ENTREGADOS EN DEPÓSITO A TERCEROS (cuando apique)		
Se entregaron bienes en depósito a terceros	**Sí** **N/A**	**No**
FECHA DE ENTREGA DE LOS BIENES EN DEPÓSITO A TERCEROS (DD-MM-AA)		N/A
FECHA DE VENCIMIENTO DEL DEPÓSITO A TERCEROS (DD-MM-AA)		N/A
FECHA EN LA CUAL SE ENVIAN AL ALMACÉN LOS BIENES QUE ESTABAN EN DEPÓSITO A TERCEROS (DD-MM-AA)		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.			N/A

12º. CONTROL FINANCIERO DEL ANTICIPO (cuando aplique)			
VALOR DEL ANTICIPO	NA		
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	$9.897.400.360
VALOR ADICIÓN 1	$26.716.269,00

VALOR ADICIÓN 2	$11.706.825
VALOR ADICIÓN 3	$57.704.836
VALOR ADICIÓN 4	$36.421.550
VALOR REDUCCIONES	$-0-
VALOR FINAL DEL CONTRATO/CONVENIO A LA FECHA	$$10.029.949.840
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.	$9.993.528.290
VALOR TOTAL FACTURADO A LA FECHA Relacione el valor facturado por el contratista, de acuerdo con el contrato/convenio, que no ha sido pagado.	$36.421.550
VALOR TOTAL PAGADO A LA FECHA Relacione el valor pagado de acuerdo al reporte SIIF	$9.993.528.290
VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR	$0
VALOR POR ANULAR 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/ítems se aplicará la respectiva anulación, la aceptación del proveedor y el formato de anulación debidamente suscrito 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)	N/A
Cronograma (cuando aplique)	N/A
Otros	N/A

La presente certificación se firma a los CINCO (5) días del mes de JUNIO de 2026.

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

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)

Anexos.

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

16º. QUIEN SUSCRIBE EL INFORME	
NOMBRE Y APELLIDOS	**CIRO VERGARA DIAZ**
CARGO	**Coordinador Grupo Nacional Gestión Administrativa-SAF**



FIRMA

Informe supervisión Modificación 4 de fecha 30/03/2026 por valor de 36.421.550-Aseguradora Solidaria de Colombia - Relación de FACTURAS:

FACT. ELECTRÓNICA No.	V/R FACTURA
310F685809	20.084.843,00
310F685828	16.336.707,00
V/R FACTURADO	**36.421.550,00**

NOTA: EL REGISTRO PRESUPUESTAL A AFECTAR ES EL NÚMERO 250426, POR VALOR DE $ 36.421.550

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: Flor Alba Agudelo Padilla, Profesional – Grupo Nacional de Gestión Administrativa
Revisó y Aprobó: Ciro Vergara Díaz – Coordinador Grupo Nacional de Gestión Administrativa-SAF

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.

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

POLIZA SEGURO DE AUTOMÓVILES

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
9300501724

PÓLIZA No: 930 -40 - 994000000309 ANEXO:11

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS BOGOTÁ DIRECTA LICITACIONES COD. AGE: 930 RAMO: 40 PAP: 924 - AGENCIA BOGOTA DIRECTA

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	VIGENCIA DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
10	04	2026		31	12	2025	23:59	16	02	2027	23:59	412	21	04	2026

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL
TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO MODIFICACION

VIGENCIA DEL ANEXO DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
31	12	2025	23:59	16	02	2027	23:59	412

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES IDENTIFICACIÓN: NIT 800.150.861-1
DIRECCIÓN: CRA. 13 NO. 6 A 97 CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL TELÉFONO: 6019143960

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES IDENTIFICACIÓN: NIT 800.150.861-1
DIRECCIÓN: CRA. 13 NO. 6 A 97 CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL TELÉFONO: 6019143960
BENEFICIARIO: IDENTIFICACIÓN:

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ **********0.00	$ **********0	$*********0.00	$ **********0	$ **********0

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
AON RISK SERVICES COLOMBIA S.A CORRE	21	25.00
DELIMA MARSH S.A.	301	55.00
WILLIS TOWERS WATSON COLOMBIA CORRED	1479	20.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TITULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB https://www.aseguradorasolidaria.com.co. EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000930050172

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

C7DB20780907F97B5A

CLIENTE

JGUAYACAN930 0

Vo.Bo.

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Juan Sebastián Portilla Portilla - Defensor del Consumidor Financiero – Suplente: José Guillermo Peña González
Dirección: Av 19 # 114 – 09 oficina 502 Bogotá – Teléfonos: (601) 213 13 70 – 213 13 22 - Celular: 321 924 04 79 – 323 232 29 34 - Correo electrónico: contacto@pgabogados.com
Horario: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 1:00 p.m. a 5:00 p.m Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/2025/DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-2025F.pdf

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

Compañía de Seguros

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA SEGURO DE AUTOMÓVILES

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS BOGOTÁ DIRECTA LICITACIONES COD. AGENCIA: 930 RAMO: 40 No PÓLIZA: 994000000309 ANEXO: 11

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES IDENTIFICACIÓN: NIT 800.150.861-1

ASEGURADO: INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES IDENTIFICACIÓN: NIT 800.150.861-1

BENEFICIARIO: IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE EFECTUA MODIFICACION MODELO DEL VEHICULO DE PLACA LZV472, EL MODELO CORRECTO ES 2023.

CLIENTE

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

POLIZA SEGURO DE AUTOMÓVILES

Somos la Decimoprimera Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar COLOMBIA 2025

Somos la Novena Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar AMÉRICA LATINA 2025

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
9300501724

PÓLIZA No: 930 -40 - 994000000309 ANEXO:10

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS BOGOTÁ DIRECTA LICITACIONES — COD. AGE: 930 — RAMO: 40 — PAP: 924 - AGENCIA BOGOTA DIRECTA

FECHA DE EXPEDICIÓN (DIA / MES / AÑO)	VIGENCIA DE LA PÓLIZA — VIGENCIA DESDE (DIA / MES / AÑO / HORAS)	VIGENCIA HASTA (DIA / MES / AÑO / HORAS / A LAS / DIAS)	FECHA DE IMPRESIÓN (DIA / MES / AÑO)
10 / 04 / 2026	31 / 12 / 2025 / 23:59	16 / 02 / 2027 / 23:59 / 412	10 / 04 / 2026

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL — TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: MODIFICACION

VIGENCIA DEL ANEXO	VIGENCIA DESDE (DIA / MES / AÑO / HORAS)	A LAS	VIGENCIA HASTA (DIA / MES / AÑO / HORAS)	A LAS	DIAS
	31 / 12 / 2025	23:59	16 / 02 / 2027	23:59	412

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES — IDENTIFICACIÓN: NIT 800.150.861-1

DIRECCIÓN: CRA. 13 NO. 6 A 97 — CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL — TELÉFONO: 6019143960

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES — IDENTIFICACIÓN: NIT 800.150.861-1

DIRECCIÓN: CRA. 13 NO. 6 A 97 — CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL — TELÉFONO: 6019143960

BENEFICIARIO: — IDENTIFICACIÓN:

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *4,528,050,000.00	$ *******16,877,490	$*******529.00	$ ****3,206,824	$ *******20,084,843

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
AON RISK SERVICES COLOMBIA S.A CORRE	21	25.00
DELIMA MARSH S.A.	301	55.00
WILLIS TOWERS WATSON COLOMBIA CORRED	1479	20.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB https://www.aseguradorasolidaria.com.co, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000930050172

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

JGUAYACAN930 0

C7DB20780907F97A57

CLIENTE

Vo.Bo.

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Juan Sebastián Portilla Portilla - **Defensor del Consumidor Financiero – Suplente:** José Guillermo Peña González
Dirección: Av 19 # 114 – 09 oficina 502 Bogotá – **Teléfonos:** (601) 213 13 70 – 213 13 22 - **Celular:** 321 924 04 79 – 323 232 29 34 - **Correo electrónico:** contacto@pgabogados.com
Horario: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 1:00 p.m. a 5:00 p.m **Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:**
https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/2025/DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-2025F.pdf

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Compañía de Seguros

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

POLIZA SEGURO DE AUTOMÓVILES

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS BOGOTÁ DIRECTA LICITACIONES COD. AGENCIA: 930 RAMO: 40 No PÓLIZA: 994000000309 ANEXO: 10

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
IDENTIFICACIÓN: NIT 800.150.861-1

ASEGURADO: INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
IDENTIFICACIÓN: NIT 800.150.861-1

BENEFICIARIO:
IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

#$29-02-00-000;contrato 277-SG-2022;mancinez@medicinalegal.gov.co#$

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE EFECTUA INCLUSION DE VEHICULO A PARTIR DEL 01/01/2026 A LAS 00:00 HORAS

VEHICULO INGRESADO

LZV472 FORD PICKUP DOBLE CAB F150 14 PLATINUM FHEV AT 3500CC ABS AA MODELO 2016.

CLIENTE

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES ENTIDADES ESTATALES

Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
9300669596

PÓLIZA No: 930 -83 - 994000000191 ANEXO:2

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS BOGOTÁ DIRECTA LICITACIONES COD. AGE: 930 RAMO: 83 PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	VIGENCIA DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
10	04	2026		31	12	2025	23:59	16	02	2027	23:59	412	10	04	2026

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO MODIFICACION

VIGENCIA DEL ANEXO	DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
	31	12	2025	23:59		16	02	2027	23:59	412
	VIGENCIA DESDE			A LAS		VIGENCIA HASTA			A LAS	

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES IDENTIFICACIÓN: NIT 800.150.861-1

DIRECCIÓN: CRA. 13 NO. 6 A 97 CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL TELÉFONO: 6019143960

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES IDENTIFICACIÓN: NIT 800.150.861-1

DIRECCIÓN: CRA. 13 NO. 6 A 97 CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL TELÉFONO: 6019143960

BENEFICIARIO. INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES IDENTIFICACIÓN: NIT 800.150.861-1

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *8,137,160,296.85	$ *******13,728,324	$*********1.00	$ ****2,608,382	$ *******16,336,707

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
AON RISK SERVICES COLOMBIA S.A CORRE	21	25.00
DELIMA MARSH S.A.	976	55.00
WILLIS TOWERS WATSON COLOMBIA CORRED	1479	20.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
MAPFRE	30.00	
SURAMERICANA	30.00	

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB https://www.aseguradorasolidaria.com.co, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000070009300669 59

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

JGUAYACAN930 0

C7DB20780907F97B5F

CLIENTE

Vo.Bo.

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Juan Sebastián Portilla Portilla - Defensor del Consumidor Financiero – Suplente: José Guillermo Peña González
Dirección: Av 19 # 114 – 09 oficina 502 Bogotá – Teléfonos: (601) 213 13 70 – 213 13 22 - Celular: 321 924 04 79 – 323 232 29 34 - Correo electrónico: contacto@pgabogados.com
Horario: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 1:00 p.m. a 5:00 p.m Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/2025/DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-2025F.pdf

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES ENTIDADES ESTATALES

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS BOGOTÁ DIRECTA LICITACIONES COD. AGENCIA: 930 RAMO: 83 No PÓLIZA: **994000000191** ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES**	IDENTIFICACIÓN:	NIT	800.150.861-1
ASEGURADO:	**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES**	IDENTIFICACIÓN:	NIT	800.150.861-1
BENEFICIARIO:	**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES**	IDENTIFICACIÓN:	NIT	800.150.861-1

TEXTO DE LA POLIZA

#$29-02-00-000;contrato 277-SG-2022;mancinez@medicinalegal.gov.co#$

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE HACE INCLUSION DE BIENES Y EQUIPOS A PARTIR DE LAS 00:00 HORAS DEL 01/01/2026 Y DE ACUERDO CON LOS SIGUIENTES COMODATOS:

1 - CONTRATO DE COMODATO No, SCJ- 1755-2023, CUYO OBJETO ES: ENTREGAR EN COMODATO EQUIPOS Y ELEMENTOS TECNICOS, TECNOLOGICOS Y DE TELEMATICA AL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES- DIRECCION REGIONAL BOGOTA.

VALOR DE BIENES INCLUIDOS:

CONTRATO INICIAL $701.145.592.
OTRO SI No. 1 $275.306.500.
VALOR ASEGURADO BIENES $976.452.092.

2 - CONTRATO DE COMODATO No, 277-2024-UBPD, CUYO OBJETO ES: LA UNIDAD DE BÚSQUEDA DE PERSONAS DADAS POR DESAPARECIDAS EN EL CONTEXTO Y RAZÓN DEL CONFLICTO ARMADO - UBPD ENTREGA AL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES - INMLCF, A TÍTULO DE COMODATO O PRÉSTAMO DE USO DE INFRAESTRUCTURA, EQUIPOS Y ELEMENTOS QUE CONTRIBUIRÁN AL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN Y FORTALECIMIENTO DEL REGISTRO NACIONAL DE DESAPARECIDOS ASÍ COMO PARA FORTALECER, AGILIZAR Y PROMOVER LOS PROCESOS DE IDENTIFICACIÓN DE CUERPOS EN CONDICIÓN DE NO IDENTIFICADOS DE CONFORMIDAD CON LOS ESTABLECIDO EN EL DECRETO LEY 589 DE 2017.

VALOR DE BIENES INCLUIDOS:

CONTRATO INICIAL $6.227.128.994.
OTRO SI No. 1 $ 108.244.471.
VALOR ASEGURADO BIENES $6.335.373.465.

DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES NO MODIFICADOS SE MANTIENEN VIGENTES.

CLIENTE