



**INFORME DE SUPERVISIÓN
DE CONTRATOS Y/O CONVENIOS**

**CÓDIGO:
FR-1604-GCON-01**

VERSIÓN 02

GESTIÓN DE CONTRATACIÓN

FECHA: 12 de septiembre de 2016 **Informe No.** 1

PROCESO: GESTION ADMINISTRATIVA

No. CONTRATO: UNGRD -146/2016

CONTRATISTA: SOLO FRENOS LA PRECISIÓN SAS

IDENTIFICACIÓN: 900.138.223-4

PLAZO INICIAL DEL CONTRATO : **Meses:** 9 **Días:**

PRORROGA: **Meses:** **Días:**

FECHA DE INICIO: 9 de agosto de 2016

FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO: 8 de mayo de 2017

FECHA DE SUSPENSIÓN:

FECHA DE REINICIO:

OBJETO DEL CONTRATO:

A prestar el servicio de MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO CON REPUESTOS ORIGINALES E INSUMOS A TODO COSTO PARA LOS VEHICULOS QUE CONFORMAN EL PARQUE AUTOMOTOR DELS SITEMA NACIONAL DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES AL SERVICIO DE LA UNIDAD NACIONAL PARA LA GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES- FONDO NACIONAL DE GESTION DEL RIESGO, acorde a la justificación, propuesta, estudios, pliego de condiciones y demás documentos que hacen parte integral del presente contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO: \$ 65.000.000

Adición 2.

Adición 3.

VALOR ADICIÓN:

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: **\$ 65.000.000**

(Vr. Inicial+Vrs. adiciones)

FORMA DE PAGO: MENSUAL

**PERIODO A QUE
CORRESPONDE EL INFORME:**



**INFORME DE SUPERVISIÓN
DE CONTRATOS Y/O CONVENIOS**

**CÓDIGO:
FR-1604-GCON-01**

VERSIÓN 02

GESTIÓN DE CONTRATACIÓN

OBLIGACIONES	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTO
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		



**INFORME DE SUPERVISIÓN
DE CONTRATOS Y/O CONVENIOS**

GESTIÓN DE CONTRATACIÓN

**CÓDIGO:
FR-1604-GCON-01**

VERSIÓN 02

LIQUIDACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
(Persona Natural)

Liquidación de aportes a sistema de Salud , Pensión y ARL.

Valor cobro Periodo \$ _____

	Liquidación	Aporte	Diferencia
Aporte a sistema de salud (12,5% del 40%)	\$ -	\$ -	\$ -
Aporte a sistema de pensión (X% del 40%)	\$ -	\$ -	\$ -
Aporte ARL (0,522% del 40%)	\$ -	\$ -	\$ -
TOTAL	\$ -	\$ -	\$ -

Número de planilla _____

Periodo cotizado _____

PARAFISCALES Y APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL
(Persona Jurídica)

PERIODO APORTADO O CERTIFICADO	FECHA DE CERTIFICACIÓN	EXPEDIDA POR (Coloque el nombre del Representante Legal o Revisor Fiscal)
SEPTIEMBRE	01/09/2016	BLANCA ELISA LEON BUITRAGO (Representante legal)

INFORME DE DELEGACIONES FUERA DE LA CIUDAD y/o PAÍS

REPORTE DE VIAJE

No. DE RESOLUCIÓN y/o AUTORIZACIÓN	FECHA DE RESOLUCIÓN y/o AUTORIZACIÓN	LUGAR ORIGEN	LUGAR DESTINO	FECHA INICIO	FECHA FINAL	No. DÍAS

	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y/O CONVENIOS	CÓDIGO: FR-1604-GCON-01	VERSIÓN 02
	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN		

REPORTE DE TRANSPORTE (AÉREOS, TERRESTRE y/o MARÍTIMOS)

No. DE SOPORTE	TIPO	LUGAR ORIGEN	LUGAR DESTINO	FECHA INICIO	FECHA FINAL	No. DÍAS

OBSERVACIONES

(Para hacer efectivo el último pago, se requiere de la presentación del informe, la certificación de recibo a satisfacción del servicio y/o bien; y para las personas naturales el formato diligenciado de certificación sin pendientes)

ANGELA PATRICIA CALDERON P.

**NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR /o
ORDENADOR DEL GASTO**

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

**FIRMA DEL SUPERVISOR /o
ORDENADOR DEL GASTO**