



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

**CÓDIGO:
FR-1604-GCON-01**

VERSIÓN 02

GESTIÓN DE CONTRATACIÓN

FECHA: 10 de agosto de 2016 **Informe No.** 1

PROCESO: GRUPO DE TALENTO HUMANO

No. CONTRATO: UNGRD -80-2016

CONTRATISTA: OMAR VENEGAS NIETO

IDENTIFICACIÓN: 79113835-6

PLAZO INICIAL DEL CONTRATO : **Meses:** 6 **Días:** 19

PRORROGA: **Meses:** **Días:**

FECHA DE INICIO: 13 de junio de 2016

FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO: 31 de diciembre de 2016

FECHA DE SUSPENSIÓN:

FECHA DE REINICIO:

OBJETO DEL CONTRATO: Contratar la adquisición de la dotación de calzado para dama y caballero de la UNGRD conforme al acuerdo marco CCE-156-1-AMP 2014

VALOR INICIAL DEL CONTRATO: \$ 552.973 Adición 2. Adición 3.

VALOR ADICIÓN:

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: **\$ 552.973**
(Vr. Inicial+Vrs. adiciones)

FORMA DE PAGO: MENSUAL

**PERIODO A QUE
CORRESPONDE EL INFORME:** 13/06/2016 - 31/07/2016



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

**CÓDIGO:
FR-1604-GCON-01**

VERSIÓN 02

GESTIÓN DE CONTRATACIÓN

OBLIGACIONES	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTO
1. Entregar las Dotaciones de Vestuario y las Órdenes de Entrega en los plazos establecidos en los Documentos del Proceso y en los lugares indicados en la Orden de Compra	Mediante ordenes de compra N° 8877 Y 8878, el proveedor entregó los Bonos.	Se recibieron Bonos de doraacion calzado para 7 funcionarios de la entidad.
20.		



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

**CÓDIGO:
FR-1604-GCON-01**

VERSIÓN 02

GESTIÓN DE CONTRATACIÓN

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)
AGOSTO	09/08/2016	OMAR VENEGAS NIETO

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**

GESTIÓN DE CONTRATACIÓN

**CÓDIGO:
FR-1604-GCON-01**

VERSIÓN 02

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

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

OBSERVACIONES

35.

(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)

DIANA CATALINA TORRES ACOSTA

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

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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA