

**FECHA:** 25 de agosto de 2016 Informe No. 2

**PROCESO:** FINANCIERA

**No. CONTRATO:** UNGRD - 077 -2016

**CONTRATISTA:** FISE CONSULTORES ECP SAS

**IDENTIFICACIÓN:** 900744077-9

**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO :** **Meses:** 6 **Días:** 0

**PRORROGA:** *Meses:* *Días:*

**FECHA DE INICIO:** 19 de mayo de 2016

**FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO:** 18 de noviembre de 2016

**FECHA DE SUSPENSIÓN:**

**FECHA DE REINICIO:**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES A NIVEL ESPECIALIZADO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE NORMAS INTERNACIONALES DE CONTABILIDAD PUBLICA - NICSP EN LA UNIDAD NACIONAL PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES - UNGRD CON BASE EN LO PRECEPTUADO EN LA LEY 1314 DE 2009, RESOLUCIÓN 533 DE 2015, RESOLUCIÓN 620 DE 2015 Y EL INSTRUCTIVO 002 DE 2015, EXPEDIDOS POR LA CONTADURIA GENERAL DE LA NACIÓN, Y DEMAS NORMAS CONTABLES VIGENTES PERTINENTES.

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** \$ 75.400.000

**VALOR ADICIÓN:**

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** **\$ 75.400.000**  
(Vr. Inicial+Vrs. adiciones)

**FORMA DE PAGO:** MENSUAL

**PERIODO A QUE  
CORRESPONDE EL INFORME:** 19/06/2016 - 18/07/2016

OBLIGACIONES	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTO
1. Presentación del cronograma detallado de actividades e informe de identificación de los aspectos que se deben implementar los sistemas de información complementarios a SIIF Nación II.	Desarrollo y presentación de cronograma e informe	Cronograma detallado de actividades. Informe de Aspecto relativos a los sistemas de información complementarios al SIIF Nación II.
2. Presentación de Informe de aplicación e identificación de los conceptos del nuevo Marco Normativo contable para las entidades de Gobierno, enfocados a los aspectos fundamentales que impactan directamente la operatividad de la entidad UNGRD.	Desarrollo y presentación de informe.	Informe de aplicación e identificación de los conceptos del nuevo Marco Normativo contable para las entidades de Gobierno.
3. Manual de Políticas y Prácticas Contables de la UNIDAD de acuerdo al nuevo marco normativo con base en las normas internacionales de contabilidad pública NICSP	No Aplica para este pago	No Aplica para este pago
4. Homologar las cuentas contables utilizadas con base en el actual régimen de contabilidad pública RCP a las cuentas contables establecidas en el catálogo general de cuentas definido en la resolución 620 de 2015.	No Aplica para este pago	No Aplica para este pago
5. Presentación de Estado de Situación Financiera de apertura "ESFA" y las notas a los Estados Financieros de la UNIDAD, conforme lo establecido en la resolución 533 de 2015, la resolución 620 de 2015 y el instructivo 002 de 2015 de la Contaduría General de la Nación.	No Aplica para este pago	No Aplica para este pago
6. Presentación de guías de implementación (Reporte Final).	No Aplica para este pago	No Aplica para este pago



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

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

	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%)	\$ -	\$ -	\$ -
<b>TOTAL</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>

Valor cobro Periodo \$ \_\_\_\_\_

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)
Mes de Julio de 2016	19 de julio de 2016	Ever Enrique Castrillo Chaparro
Mes de agosto de 2016	25 d agosto de 2016	Ever Enrique Castrillo Chaparro

**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

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

*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)

**Lorena Sanchez Coordinadora Grupo de Apoyo  
Financiero y contable**

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

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

**FISE CONSUMOS ECP SAS**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**