



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

**CÓDIGO:  
FR-1604-GCON-01**

**VERSIÓN 02**

**GESTIÓN DE CONTRATACIÓN**

**FECHA:** 18 de agosto de 2016 **Informe No.** 2

**PROCESO:** GESTION ADMINISTRATIVA

**No. CONTRATO:** UNGRD 87/2016

**CONTRATISTA:** CONSTRUCCIONES OMARO SAS

**IDENTIFICACIÓN:** 9.009.657.225

**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO :** **Meses:** 1 **Días:** 15

**PRORROGA:** **Meses:** **Días:**

**FECHA DE INICIO:** 6 de julio de 2016

**FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO:** 19 de agosto de 2016

**FECHA DE SUSPENSIÓN:**

**FECHA DE REINICIO:**

**OBJETO DEL CONTRATO:**

REALIZAR EL MANTENIMIENTO INTEGRAL LOCATIVO EN LA MODALIDAD CORRECTIVO, PREVENTIVO Y PREDICTIVO QUE INCLUYE INSUMOS Y MANO DE OBRA EN LAS INSTALACIONES DE LA UNGRD.

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** \$ 25.235.581

**VALOR ADICIÓN:**

Adición 2.

Adición 3.

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** **\$ 25.235.581**

(Vr. Inicial+Vrs. adiciones)

**FORMA DE PAGO:**

**PERIODO A QUE  
CORRESPONDE EL INFORME:**

**GESTIÓN DE CONTRATACIÓN**

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



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

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	10/08/2016	IVONNE A. RODRIGUEZ HERNANDEZ

**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**

CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO A CABALIDAD CON LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO 87

(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)

KORINA MUÑOZ COTE

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

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

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