



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

**CÓDIGO:
FR-1604-GCON-01**

VERSIÓN 02

GESTIÓN DE CONTRATACIÓN

FECHA: 31 de mayo de 2016 **Informe No. 7**

PROCESO: GESTION ADMINISTRATIVA

No. CONTRATO: Orden de Compra # 6344

CONTRATISTA: ORGANIZACION TERPEL S.A.

IDENTIFICACIÓN: 830095213-0

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

PRORROGA: **Meses:** **Días:**

FECHA DE INICIO: 19 de enero de 2016

FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO: 19 de julio de 2016

FECHA DE SUSPENSIÓN:

FECHA DE REINICIO:

OBJETO DEL CONTRATO: Suministro de combustible para el parque automotor de la UNGRD

VALOR INICIAL DEL CONTRATO: \$ 50.000.000 Adición 2. Adición 3.

VALOR ADICIÓN:

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: **\$ 50.000.000**
(Vr. Inicial+Vrs. adiciones)

FORMA DE PAGO: MENSUAL

**PERIODO A QUE
CORRESPONDE EL INFORME:** 01/05/2016 - 15/05/2016

	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 <small>(Coloque el nombre del Representante Legal o Revisor Fiscal)</small>
MAYO	05/05/2016	SANDRA JULIETH ORTIZ AVENDAÑO

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)

FANNY TORRES ESTUPIÑAN

NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR /o
ORDENADOR DEL GASTO



FIRMA DEL SUPERVISOR /o
ORDENADOR DEL GASTO

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA