



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

**CÓDIGO:  
FR-1604-GCON-01**

**VERSIÓN 02**

**GESTIÓN DE CONTRATACIÓN**

**FECHA:** 26 de abril de 2017  Informe No. 1

**PROCESO:** GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO

**No. CONTRATO:** UNGRD-045-2017

**CONTRATISTA:** SERVICIOS POSTALES NACIONALES S.A

**IDENTIFICACIÓN:** 900.062.917-9

**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO :** Meses: 9  Días: 2

**PRORROGA:** Meses: Días:

**FECHA DE INICIO:** 29 de marzo de 2017

**FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO:** 31 de diciembre de 2017

**FECHA DE SUSPENSIÓN:**

**FECHA DE REINICIO:**

**OBJETO DEL CONTRATO:**

Prestar a la UNGRD el servicio postal el cual comprende la admisión, recibo, curso y entrega de correo, bajo la modalidad de correo certificado, encomienda y otros a nivel nacional e internacional, con el operador oficial de correos - SERVICIOS POSTALES NACIONALES S.A 4-72.

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** \$ 24,600,000

Adición 1.

Adición 2.

Adición 3.

**VALOR ADICIÓN:**

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO:**

(Vr. Inicial+Vrs. adiciones)

**\$ 24,600,000**

**FORMA DE PAGO:**

**PERIODO A QUE**

**CORRESPONDE EL INFORME:**

ABRIL

	<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>		

<b>OBLIGACIONES</b>	<b>ACTIVIDADES REALIZADAS</b>	<b>PRODUCTO</b>
---------------------	-------------------------------	-----------------

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

FECHA (corte del periodo a Informar)	MES CUENTA DE COBRO / O No. FACTURA	VALOR A CANCELAR	VALOR EJECUTADO	SALDO DEL CONTRATO	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FÍSICA	
						No. De días ejecutados	%
28/04/2017	SNP-01-33942 / 33977 / 33946	\$ 1,575,625	\$ 1,575,625	\$ 23,024,375	6%	31	11%

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

Liquidación de aportes a sistema de Salud , Pensión y ARL.		Valor cobro Periodo \$ _____	
	<b>Liquidación</b>	<b>Aporte</b>	<b>Diferencia</b>
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 \_\_\_\_\_ Período cotizado \_\_\_\_\_

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



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

**CÓDIGO:  
FR-1604-GCON-01**

**VERSIÓN 02**

PERIODO APORTADO O CERTIFICADO	FECHA DE CERTIFICACIÓN	EXPEDIDA POR (Coloque el nombre del Representante Legal o Revisor Fiscal)
ABRIL ✓	05/04/2017 ✓	OLGA ROCIO MUÑOZ ORTIZ

**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)

ÁNGELA CALDERÓN PALACIO

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

ORGANIZACIÓN TERPELS.A  
\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

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