

	<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>		

**FECHA:** 17 de agosto de 2017 **Informe No.** 1

**PROCESO:** SECRETARÍA GENERAL

**No. CONTRATO:** UNGRD-094-2017

**CONTRATISTA:** ANGÉLICA NATALIA GARCÍA MEDINA

**IDENTIFICACIÓN:** 1.070.965.318

**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO :** **Meses:** 5 **Días:** 11

**PRORROGA:** **Meses:** **Días:**

**FECHA DE INICIO:** 21 de julio de 2017

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

**FECHA DE SUSPENSIÓN:**

**FECHA DE REINICIO:**

**OBJETO DEL CONTRATO:**

Prestar los servicios profesionales a la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres – UNGRD, como entidad que asesora y dirige el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres – SNGRD y ordenadora del gasto del Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres – FNGRD realizando el seguimiento financiero y contable de la información presupuestal de ingresos y demás actividades inherentes al proceso de pagos de los diversos recursos asignados al FNGRD.

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** Adición 1. **\$ 19,523,933** Adición 2. Adición 3.

**VALOR ADICIÓN:**

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** **\$ 19,523,933**  
(Vr. Inicial+Vrs. adiciones)

**FORMA DE PAGO:** MENSUAL

**PERIODO A QUE  
CORRESPONDE EL INFORME:** 21/07/2017 - 31/07/2017

OBLIGACIONES	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTO
1. Actualización de la agenda del equipo ejecutor del PTSP	Programar reuniones y actividades de los integrantes del equipo ejecutor, garantizando la logística necesaria para su correcto desarrollo.	Agenda actualizada y compartida con el EE de PTSP.
2. Elaboración del informe de actividades semanales	Realizar el informe de los avances generados semanalmente en cada una de las áreas del PTSP, este reporte es insumo para la realización de los Comités Directivos de la UNGRD.	Informes semanales.
3. Evaluación a las hojas de vida recepcionadas en el marco de la convocatoria No 1 PTSP 2017	Se remitieron a Secretaría General las evaluaciones de las convocatorias para su revisión, luego de ajustar sus observaciones se obtuvo la aprobación para continuar con el proceso.	Aprobación de las evaluaciones realizadas.
4. Realizar todas acciones pertinentes para cumplir con las responsabilidades de Líide SIPLAG y ECOSIPLAG.	Realizar reuniones de retroalimentación e inducción SIPLAG con el equipo Ejecutor del FTSP. Asistir a la reunión bimensual de Líderes SIPLAG	Listados de asistencia y presentaciones.





**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 \$ <sup>30.</sup> 1,333,933	
	<b>Liquidación</b>	<b>Aporte</b>	<b>Diferencia</b>
Aporte a sistema de salud (12,5% del 40%)	\$ 66,697	\$ <sup>31.</sup> 118,100 ✓	\$ (51,403)
Aporte a sistema de pensión (16% del 40%)	\$ 85,372	\$ <sup>31.</sup> 92,300 ✓	\$ (6,928)
Aporte ARL ( <sup>32.</sup> 0.522% del 40%)	\$ 2,785	\$ 3,900 ✓	\$ (1,115)
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 154,854</b>	<b>\$ 214,300</b>	<b>\$ (59,446)</b>
Número de planilla <sup>33.</sup> 7162347600		Periodo cotizado <sup>34.</sup> JULIO	

**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)

**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** 35.

Dado que en el mes de Julio los ingresos son de 1.333.933.33 la base para el pago de seguridad social fue el Salario Mínimo \$737.717

(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)

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

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

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA  
Angélica Natalia García Medina