

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

**FECHA:** 22 de septiembre de 2017 **Informe No.** 1

**PROCESO:** GESTIÓN DE COMUNICACIONES

**No. CONTRATO:** UNGRD 100-2017

**CONTRATISTA:** OFICOMCO SAS

**IDENTIFICACIÓN:** 900668336-1

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

**PRORROGA:** *Meses:* *Días:*

**FECHA DE INICIO:** 9 de agosto de 2017

**FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO:** 8 de septiembre de 2017

**FECHA DE SUSPENSIÓN:**

**FECHA DE REINICIO:**

**OBJETO DEL CONTRATO:** Adquirir la renovación de la suscripción al Software Adobe Acrobat Pro DC, para dos (2) equipos de cómputo del Centro de Documentación de la Oficina Asesora de Comunicaciones de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres.

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** \$ 1,104,400

Adición 1.

Adición 2.

Adición 3.

**VALOR ADICIÓN:** \_\_\_\_\_

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO:**

(Vr. Inicial+Vrs. adiciones)

**\$ 1,104,400**

**FORMA DE PAGO:**

Único pago previo visto y recibido a satisfacción del objeto del contrato.

**PERIODO A QUE**

**CORRESPONDE EL INFORME:**

09/08/2017

- 08/09/2017

| OBLIGACIONES   | ACTIVIDADES REALIZADAS   | PRODUCTO   |
|--|--|--|
| 1. Cumplir con el objeto y especificaciones técnicas ofertadas y las requeridas por la UNGRD.  | De acuerdo con las especificaciones técnicas del contrato, y las actividades realizadas por el contratista, se evidencia el cumplimiento de la renovación de las licencias, las cuales cubren 2 puestos de trabajo del Centro de Documentación hasta el próximo 20 de julio de 2018. | Renovación de las licencias Adobe Acrobat Pro DC (Licencias en funcionamiento y certificación de la renovación realizada).   |
| 2. Realizar la suscripción al software Adobe Acrobat pro DC por doce (12) meses; a partir del vencimiento de licenciamiento.   | El contratista realizó la renovación de las licencias Adobe Acrobat Pro DC, las cuales cubren 2 puestos de trabajo del Centro de Documentación hasta el próximo 20 de julio de 2018.   | Renovación de las licencias Adobe Acrobat Pro DC (Licencias en funcionamiento y certificación de la renovación realizada).   |
| 3. Llevar a cabo el montaje, instalación, configuración y pruebas de la licencia y de los datos inherentes a la UNGRD en los servidores e infraestructura que el contratista pondrá al servicio de la UNGRD, para los procesos de edición del Centro de Documentación. | El contratista realizó la configuración y pruebas del licenciamiento y prueba de ello, es que las licencias se encuentran activas hasta el próximo 20 de julio de 2018.  | Licencias activas.   |
| 4. Realizar el acompañamiento en cuanto al manejo y soporte técnico cuando se detecten errores, fallas o inconsistencias de funcionamiento del software.   | Cumple   | Licencias activas y en funcionamiento.   |
| 6. Ofrecer garantía del producto por 1 año   | Cumple   | Certificación de licencias y informe de la ejecución del contrato, donde el contratista certifica que se compromete a garantizar la vigencia de la suscripción al software Adobe Acrobat pro DC, la cual no podrá ser inferior a un año. Es decir, hasta el próximo 20 de julio de 2017. |
| 7. Capacitar al personal del centro de documentación sobre el uso de general del manejo de las licencias Acrobat Pro DC (compresión de pdf, combinación, OCR, etc.)  | Se realizó la capacitación respectiva el día 4 de septiembre de 2017.  | Planilla de Asistencia de la Capacitación  |
| 8. Asumir todos los costos que genere la legalización del contrato.  | Cumple   | El contratista se encargo de los costos de legalización del contrato, prueba de ello, es la certificación de aprobación de la garantía, que reposa en la carpeta del contrato.   |



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

**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> |
|   | <b>Liquidación</b> | <b>Aporte</b>                              |
| Aporte a sistema de salud (12,5% del 40%)                 | \$ -               | \$ _____ <sup>31</sup>                     |
| Aporte a sistema de pensión (X% del 40%)                  | \$ -               | \$ _____ <sup>31</sup>                     |
| Aporte ARL ( 0.522% del 40%) <sup>32</sup>                | \$ -               | \$ _____                                   |
| <b>TOTAL</b>  | \$ -               | \$ -                                       |

Número de planilla \_\_\_\_\_<sup>33</sup>                      Periodo cotizado \_\_\_\_\_<sup>34</sup>

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

| PERIODO APORTADO O CERTIFICADO | FECHA DE CERTIFICACIÓN | EXPEDIDA POR<br>(Coloque el nombre del Representante Legal o Revisor Fiscal) |
|--------------------------------|------------------------|--|
| ÚLTIMOS SEIS MESES             | 19/09/2017             | LEONEL LOPEZ GALINDO, 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 |
|------------------------------------|--------------------------------------|--------------|---------------|--------------|-------------|----------|
|                                    |                                      |              |               |              |             |          |
|                                    |                                      |              |               |              |             |          |
|                                    |                                      |              |               |              |             |          |
|                                    |                                      |              |               |              |             |          |
|                                    |                                      |              |               |              |             |          |

|  |  |                                    |                   |
|--|--|------------------------------------|-------------------|
|  | <b>INFORME DE SUPERVISIÓN<br/>DE CONTRATOS Y/O CONVENIOS</b> | <b>CÓDIGO:<br/>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)

AMELIA ANAMARÍA ESCOBAR FERNÁNDEZ

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

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

OFICOMCO SAS

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