



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

**CODIGO:**  
**FR-1604-GCON-01**

**VERSION 01**

**GESTIÓN DE CONTRATACIÓN**

**FECHA:** 25 de octubre de 2016 ✓ **Informe No.** 1

**PROCESO:** ADMINISTRATIVA

**No. CONTRATO:** ungrd-132-2016

**CONTRATISTA:** NEGOCIOS GENERALES DE SISTEMAS S.A - NEGSA ✓

**IDENTIFICACIÓN:** 8300104315

**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO :** **Meses:** 3 **Dias:** 12

**PRORROGA:** **Meses:** **Dias:**

**FECHA DE INICIO:** 19 de agosto de 2016 ✓

**FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO:** 30 de noviembre de 2016 ✓

**FECHA DE SUSPENSIÓN:**

**FECHA DE REINICIO:**

**OBJETO DEL CONTRATO:** Servicio de mantenimiento preventivo, correctivo y soporte de mano de obra en sitio para equipos de computo, servidores y switc de la UNGRD ✓

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** \$ 14,203,943 ✓  
Adicion 1. Adicion 2. Adicion 3.

**VALOR ADICION:**

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** \$ 14,203,943 ✓  
(Vr. Inicial+Vrs. adiciones)

**FORMA DE PAGO:** POR MENTENIMINETO PREVENTIVO-CORRECTIVO

**PERIODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME:** 1 de octubre de 2016 ✓ - 30 de octubre de 2016 ✓

| OBLIGACIONES  | ACTIVIDADES REALIZADAS  | PRODUCTO           |
|---|---|--------------------|
| 1. Cumplir con las condiciones técnicas mínimas de obligatorio cumplimiento, para la prestación del servicio  | mantenimiento preventivo a equipos  | limpeza de equipos |
| 2. Realizar los mantenimientos e intervenciones que se requieran para cada uno de los equipos señalados por la Entidad, previa autorización escrita del supervisor del contrato.  | mantenimiento preventivo a equipos  | limpeza de equipos |
| 3. Realizar el número de visitas por razones de mantenimiento correctivo que se requieran acorde a los requerimientos que del supervisor  | No se ha necesitado mantenimiento correctivo                                |                    |
| 4. Realizar el mantenimiento correctivo que se solicite a los equipos objeto del contrato, los cuales deberán quedar funcionando dentro de las ocho (8) horas siguientes a la recepción de la solicitud realizada por el supervisor, quién informará via telefónica o a través de correo electrónico, cuando se presente una falla.   | No se ha necesitado mantenimiento correctivo                                |                    |
| 5. Disponer del personal idóneo necesario, debidamente capacitado, para realizar los mantenimientos que requiera la ejecución del presente proceso.   | Presentación de personal que realiza los mantenimientos preventivos.        |                    |
| 6. Garantizar la cobertura del servicio los fines de semana y feriados, inclusive en jornada no hábil, según sea la demanda de mantenimiento correctivo objeto de este proceso.   |   |                    |
| 7. Garantizar un mecanismo de comunicación, a través del cual se informará sobre las solicitudes originadas, a fin de que se tome las medidas del caso en la primera hora hábil, dependiendo del imprevisto.  | Se tiene lista de contactos telefonicos                                     |                    |
| 8. Efectuar un diagnóstico de la infraestructura tecnológica objeto del contrato, señalando que elementos deben ser cambiados e indicando daño encontrado   | Se realizo matenimiento preventivo y no se encontro ningún equipo con daño. |                    |
| 9. Realizar capacitación a los ingenieros del grupo de soporte de la UNGRD, cuando no se haga uso de la totalidad de las 30 horas contratadas para la realización del mantenimiento correctivo. Estas capacitación se definirán en el transcurso del proyecto y el contratista deberá contar con el personal idóneo, las instalaciones y equipos necesarios para realizar dicha capacitación. |   |                    |
| 10.   |   |                    |





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

**CODIGO:  
FR-1604-GCON-01**

**VERSION 01**

**GESTIÓN DE CONTRATACIÓN**

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

Liquidación de aportes a sistema de Salud 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 ( del 40%)                     | \$ -        | \$     | \$         |
| <b>TOTAL</b>                              | \$ -        | \$ -   | \$ -       |

Número de planilla \_\_\_\_\_

Periodo cotizado \_\_\_\_\_

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

| PERIODO APORTADO Ó<br>CERTIFICADO | FECHA DE CERTIFICACION | EXPEDIDA POR<br>(Coloque el nombre del Representante Legal o Revisor Fiscal) |
|-----------------------------------|------------------------|--|
| ULTIMOS SEIS MESES                | 03/10/2016             | HERMES AUGUSTO ESLAVA ZARATE   |
|                                   |                        |  |
|                                   |                        |  |
|                                   |                        |  |
|                                   |                        |  |

**INFORME DE DELEGACIONES FUERA DE LA CIUDAD y/o PAIS**

*REPORTE DE VIAJE*

| No. DE RESOLUCION<br>y/o AUTORIZACION | FECHA DE RESOLUCION<br>y/o AUTORIZACION | LUGAR ORIGEN | LUGAR DESTINO | FECHA INICIO | FECHA FINAL | No. DÍAS |
|---------------------------------------|---|--------------|---------------|--------------|-------------|----------|
|                                       |   |              |               |              |             |          |
|                                       |   |              |               |              |             |          |
|                                       |   |              |               |              |             |          |
|                                       |   |              |               |              |             |          |



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

**GESTIÓN DE CONTRATACIÓN**

**CODIGO:  
FR-1604-GCON-01**

**VERSION 01**

*REPORTE DE TRANSPORTE (AEREOS, 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)

LUIS JAVIER BARRERA NAICIPA  
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL SUPERVISOR**

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