

GESTIÓN DE CONTRATACIÓN

FECHA: 4 de agosto de 2017 Informe No. 9

PROCESO: GESTION ADMINISTRATIVA

No. CONTRATO: 171/2016

CONTRATISTA: PROMOTORA DE PROYECTOS SOSTENIBLES S.A.S

IDENTIFICACIÓN: 900402723-7

PLAZO INICIAL DEL CONTRATO : Meses: 19 Días:

PRORROGA: Meses: 0 Días:

FECHA DE INICIO: 1 de diciembre de 2016

FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO: 30 de junio de 2018

FECHA DE SUSPENSIÓN:

FECHA DE REINICIO:

OBJETO DEL CONTRATO: Contratar a título de arrendamiento, un área total de dos mil doscientos ochenta metros cuadrados con ochenta decímetros (2.280,80 m2), repartidos en dos mil ciento cuarenta y tres metros cuadrados de área útil (2.143 m2) y ciento treinta y siete metros cuadrados con ochenta decímetros de terraza (137,80 m2) de uso exclusivo para el segundo piso, ubicados en Av. Calle 25 N° 92-32, piso 2 Edificio Gold 4 Conecta de Bogotá D.C., para el desarrollo de las actividades a cargo de la Unidad Nacional para la Gestión de Riesgos de Desastres en su rol de coordinadora del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres.

VALOR INICIAL DEL CONTRATO: \$ 1,414,586,924

VALOR ADICION: Adicion 1. \$ 0 Adicion 2. Adicion 3.

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: \$ 1,414,586,924
(Vr. Inicial+Vrs. adiciones)

FORMA DE PAGO: MENSUALES

PERIODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME: 01/08/2017 - 31/08/2017

LIQUIDACION DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

	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

PERIODO APORTADO O CERTIFICADO	FECHA DE CERTIFICACION	EXPEDIDA POR <small>(Coloque el nombre del Representante Legal o Revisor Fiscal)</small>
JUNIO	17/07/2017	PAOLA ANDREA LEON CHIQUILLO

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

No. DE RESOLUCION y/o AUTORIZACION	FECHA DE RESOLUCION y/o AUTORIZACION	LUGAR ORIGEN	LUGAR DESTINO	FECHA INICIO	FECHA FINAL	No. DIAS

REPORTE DE TRANSPORTE (AEREOS, TERRESTRE y/o MARITIMOS)

No. DE SOPORTE	TIPO	LUGAR ORIGEN	LUGAR DESTINO	FECHA INICIO	FECHA FINAL	No. DIAS

(Para tanto, dentro del último día, se requiere de la presentación del informe de certificación de recursos sustitución del servicio y/o bien, y para las personas naturales el formato diligenciado de certificación sin perder las)

ANGELA PATRICIA CALDERON PALACIO - COORDINADORA
 GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO

NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR



FIRMA DEL SUPERVISOR / u ORDENADOR DEL GASTO

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

V.B.
