



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

**CÓDIGO:  
FR-1604-GCON-01**

**VERSIÓN 02**

**GESTIÓN DE CONTRATACIÓN**

**FECHA:** 01 de noviembre de 2016 Informe No. 3 ✓

**PROCESO:** GRUPO DE APOYO FINANCIERO Y CONTABLE

**No. CONTRATO:** UNGRD-123-2016 ✓

**CONTRATISTA:** MANUEL ROLANDO MEDINA ROJAS

**IDENTIFICACIÓN:** 79.756.218

**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO :** **Meses:** 5 **Días:** 0

**PRORROGA:** *Meses:* *Días:*

**FECHA DE INICIO:** 1 de agosto de 2016

**FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO:** 31 de diciembre de 2016

**FECHA DE SUSPENSIÓN:**

**FECHA DE REINICIO:**

**OBJETO DEL CONTRATO:** Prestar los servicios profesionales a la coordinación del Grupo de Apoyo Financiero y Contable de la UNGRD y al ordenador del gasto del FNGRD brindando apoyo en el seguimiento de la información contractual en cuenta a ejecución presupuestal y de tesorería.

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** \$ 25.000.000

**VALOR ADICIÓN:** Adición 1. Adición 2. Adición 3.

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** **\$ 25.000.000**  
(Vr. Inicial+Vrs. adiciones)

**FORMA DE PAGO:** mensualidades vencidas

**PERIODO A QUE  
CORRESPONDE EL INFORME:** 01/10/2016 - 31/10/2016 ✓



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

**CÓDIGO:  
FR-1604-GCON-01**

**VERSIÓN 02**

**GESTIÓN DE CONTRATACIÓN**

OBLIGACIONES	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTO
1. Apoyar el manejo presupuestal y seguimiento a los recursos del FNGRD que adelanta el Grupo de Apoyo Financiero y Contable.	Verificación de Obligaciones Exigibles de Pago - Saldos de Contratos Julio vs Agosto de 2016, Verificación de saldos de convenios vigentes, actualización de ingresos, actualización de matriz contratos	Y:\FNGRD\APOYO
2. Apoyar el seguimiento al proceso de liquidación de contratos suscritos por el FNGRD Fidupervisora y presentar los informes que se deriven de dicha obligación.	Informe parcial del estado de obligaciones con corte octubre 21 de 2016 del FNGR. Con desplazamiento a las oficinas de la Fidupervisora para tal fin.	Y:\FNGRD\APOYO\IVAN FAJARDO
3. Realizar el cruce de los pagos del fondo efectivamente realizados en la fiduciaria versus los desembolsos ordenados en el Grupo de Apoyo Financiero y Contable.	N/A	No se realizaron actividades en este mes
4. Realizar conciliación mensual del movimiento de los fondos de inversión colectiva.	N/A	No se realizaron actividades en este mes
5. Las demás inherentes al cumplimiento del objeto contractual y que sean asignadas por el ordenador del gasto o su delegado.	Actualización de la base de contratos del Grupo de Apoyo Financiero y Contable, MATRIZ ORIGINAL DE CONTRATACION 2016-2015-2014-2013; Expedición de Certificados de Desembolsos	Y:\FNGRD\APOYO\CONTRATOS FIDUCIA;Y:\FNGRD\APOYO\JULIO MOGOLLON\2016\CERTIFICADOS DE DESEMBOLSOS 2016
6.		
7.		



	<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>		

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

Liquidación de aportes a sistema de Salud, Pensión y ARL.		Valor cobro Periodo \$	5.000.000
	<b>Liquidación</b>	<b>Aporte</b>	<b>Diferencia</b>
Aporte a sistema de salud (12,5% del 40%)	\$ 250.000	\$ 250.400	\$ (400)
Aporte a sistema de pensión (16% del 40%)	\$ 320.000	\$ 320.600	\$ (600)
Aporte ARL (0,522% del 40%)	\$ 10.440	\$ 10.400	\$ 40
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 580.440</b>	<b>\$ 581.400</b>	<b>\$ (960)</b>
Número de planilla <u>15498371</u>		Periodo cotizado <u>10</u>	

**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**

(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)

Gerardo Jaramillo Montenegro  
Secretario General

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

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

\_\_\_\_\_  
Manuel Rolando Medina Rojas  
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA