



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

**GESTIÓN DE CONTRATACIÓN**

**CÓDIGO:  
FR-1604-GCON-01**

**VERSIÓN 02**

**FECHA:** 27 de julio de 2016 **Informe No.** 3

**PROCESO:** GESTION ADMINISTRATIVA

**No. CONTRATO:** UNGRD 76/2016

**CONTRATISTA:** GRUPO LOS LAGOS S.A.S

**IDENTIFICACIÓN:** 860053274-9

**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO :** **Meses:** 7 **Días:** 21

**PRORROGA:** *Meses:* *Días:*

**FECHA DE INICIO:** 10 de mayo de 2016

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

**FECHA DE SUSPENSIÓN:**

**FECHA DE REINICIO:**

**OBJETO DEL CONTRATO:** ADQUISICION DE SUMINISTROS DE PAPELERIA

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** \$ 26.380.000

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

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** **\$ 26.380.000**  
(Vr. Inicial+Vrs. adiciones)

**FORMA DE PAGO:**

**PERIODO A QUE  
CORRESPONDE EL INFORME:** 01/07/2016 - 31/07/2016





**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>	
	<sup>29.</sup> Liquidación	Aporte	Diferencia
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 ( <sup>32.</sup> 0,522% del 40%)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<b>TOTAL</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>
<sup>33.</sup> Número de planilla _____		<sup>34.</sup> Periodo cotizado _____	

**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)
JULIO	21/07/2016	MAURICIO FORERO CHARRY

**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**

**GESTIÓN DE CONTRATACIÓN**

**CÓDIGO:  
FR-1604-GCON-01**

**VERSIÓN 02**

*REPORTE DE TRANSPORTE (AÉREOS, TERRESTRE y/o MARÍTIMOS)*

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

**OBSERVACIONES**

CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO A CABALIDAD CON LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO 35

(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)

ANGELA CALDERON PALACIO

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

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

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