

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

FECHA: 22 de junio de 2016 Informe No. 05

PROCESO: Grupo de Apoyo Administrativo

No. CONTRATO: UNGRD-20-2016

CONTRATISTA: Erika Vanessa Muriillo Suárez

IDENTIFICACIÓN: 1.014.249.747

PLAZO INICIAL DEL CONTRATO : Meses: 6 Dias:

PRORROGA: Meses: Dias:

FECHA DE INICIO: 22 de enero de 2016

FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO: 21 de julio de 2016

FECHA DE SUSPENSIÓN:

FECHA DE REINICIO:

OBJETO DEL CONTRATO:

Prestar los servicios de apoyo a la gestión en las actividades administrativas y financieras del Grupo de Apoyo Administrativo de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres.

VALOR INICIAL DEL CONTRATO: \$ 19.200.000

Adicion 1.

Adicion 2.

Adicion 3.

VALOR ADICION:


VALOR TOTAL DEL CONTRATO: **\$ 19.200.000**  
(Vr. Inicial+Vrs. adiciones)

FORMA DE PAGO:

PERIODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME: 22/05/2016 - 21/06/2016

| OBLIGACIONES  | ACTIVIDADES REALIZADAS   | PRODUCTO  |
|---|--|---|
| 1. Proyectar los documentos relacionados con las necesidades de adquisición de bienes, servicios y obras de la Entidad y enviarlos a las diferentes dependencias                          | Esta actividad se realiza finalizando el año, con el fin de conocer las necesidades de cada Oficina, y así mismo planificarlas en el Plan Anual de Adquisiciones.  | N/A   |
| 2. Recepcionar la información que para el efecto envíen las áreas y consolidar el Plan Anual de Adquisiciones en el formato que para ello establezca Colombia Compra Eficiente y la UNGRD | Esta obligación se elabora finalizando el año fiscal.  | N/A   |
| 3. Solicitar la aprobación del Plan Anual de Adquisiciones al Comité de Adquisiciones   | Se realiza la solicitud de aprobación iniciando el año fiscal.   | N/A   |
| 4. Apoyar en la actualización del Plan Anual de Adquisiciones   | De conformidad con el seguimiento semanal al Plan Anual de Adquisiciones, se procede con la respectiva actualización del mismo.<br>No obstante, para cada actualización del Plan se debe convocar al Comité de Adquisiciones para dar a conocer los cambios y avances del mismo.                           | Plan actualizado con corte al 17 de junio de 2016.  |
| 5. Apoyar la elaboración de informes requeridos por los entes de control internos y externos relacionados con el Plan Anual de Adquisiciones  | N/A  | N/A   |
| 6. Realizar el seguimiento mensual al cumplimiento del Plan Anual de Adquisiciones e informar a la Coordinación los aspectos de mejora para el cabal cumplimiento del mismo               | El seguimiento al Plan Anual de Adquisiciones se realiza semanalmente por este Grupo de Apoyo, por correo electrónico o presencial, con el ánimo de generar alertas tempranas.<br>Así mismo, a cada jefe responsable de las adquisiciones aprobadas para cada dependencia se les remite dicho seguimiento. | Seguimiento exhaustivo al cumplimiento de las adquisiciones aprobadas en el Plan de Adquisiciones con corte al 17 de junio de 2016.<br>Base de datos con el reporte de seguimiento realizado a cada Oficina.<br>Se remitieron comunicaciones internas, con relación al cumplimiento de dicho Plan y su respectiva justificación del mismo. (GAA-CI-189-2016, GAA-CI-190-2016, GAA-CI-191-2016). |
| 7. Mantener actualizada la matriz establecida para el seguimiento del Plan Anual de Adquisiciones   | A medida que se realiza el seguimiento semanal del Plan, se procede con la actualización del seguimiento del Plan.   | Matriz semanalmente actualizada, con corte al 17 de junio de 2016.  |



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

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

|  |                     |                        |                   |
|--|---------------------|------------------------|-------------------|
| Liquidación de aportes a sistema de Salud , Pensión y ARL. |                     | Valor cobro Periodo \$ | 3.200.000         |
|  | <b>Liquidación</b>  | <b>Aporte</b>          | <b>Diferencia</b> |
| Aporte a sistema de salud (12,5% del 40%)                  | \$ 160.000 /        | \$ 31.                 | \$                |
| Aporte a sistema de pensión (16% del 40%)                  | \$ 204.800 /        | \$ 31.                 | \$                |
| Aporte ARL ( 0,522% del 40%)                               | \$ 6.682 /          | \$                     | \$                |
| <b>TOTAL</b>   | <b>\$ 371.482 /</b> | <b>\$ -</b>            | <b>\$ -</b>       |

Número de planilla <sup>33.</sup> 12027869      Periodo cotizado <sup>31.</sup> Mayo

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

| PERIODO APORTADO Ó CERTIFICADO | FECHA DE CERTIFICACION | EXPEDIDA POR<br>(Coloque el nombre del Representante Legal o Revisor Fiscal) |
|--------------------------------|------------------------|--|
|                                |                        |  |
|                                |                        |  |
|                                |                        |  |
|                                |                        |  |
|                                |                        |  |
|                                |                        |  |
|                                |                        |  |

**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. 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)

Fanny Torres Estupiñan - Coordinadora Grupo de Apoyo Administrativo

**NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR**

**FIRMA DEL SUPERVISOR**

*VANESSA MURILLO.*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**