



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

**CÓDIGO:  
FR-1604-GCON-01**

**VERSIÓN 02**

**GESTIÓN DE CONTRATACIÓN**

**FECHA:** 20 de junio de 2016  **Informe No.** 5

**PROCESO:** GESTION ADMINISTRATIVA

**No. CONTRATO:** UNGRD 45-2016

**CONTRATISTA:** PROMOTORA DE PROYECTOS SOSTENIBLES S.A.S

**IDENTIFICACIÓN:** 900402723-7

**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO :** **Meses:** 10 **Días:** 8

**PRORROGA:** **Meses:** **Días:**

**FECHA DE INICIO:** 23 de febrero de 2016

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

**FECHA DE SUSPENSIÓN:**

**FECHA DE REINICIO:**

**OBJETO DEL CONTRATO:**

EL ARRENDADOR entrega a titulo de arriendo a los ARRENDATARIOS y este lo recibe a igual titulo, un area total de dos mil doscientos ochenta metros cuadrados con ochenta decimetros (2,280,8 m2, repartidos en dos mil ciento cuarenta y tres metros cuadrados de área útil(2,143 mts2) y ciento treinta y siete metros cuadrds con ochenta decimetros de terraza (137,80 m2) de uso exclusivo para el segundo piso, ubicados en el piso segundo del edificio Gold 4 que se encuentra construido en el inmueble identificado con el folio de matricula inmobiliaria numero 50C1828819,

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** \$ 1.836.463.622  
Adición 1. Adición 2. Adición 3.

**VALOR ADICIÓN:**

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** **\$ 1.836.463.622**  
(Vr. Inicial+Vrs. adiciones)

**FORMA DE PAGO:** MENSUAL

**PERIODO A QUE  
CORRESPONDE EL INFORME:** 01/06/2016  - 30/06/2016





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

**CÓDIGO:  
FR-1604-GCON-01**

**VERSIÓN 02**

**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>

	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 ( 0,522% del 40%) <sup>32</sup>	\$ -	\$ _____	\$ _____
<b>TOTAL</b>	\$ -	\$ -	\$ -

Número de planilla \_\_\_\_\_<sup>33</sup>

Periodo cotizado \_\_\_\_\_<sup>34</sup>

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

PERIODO APORTADO O CERTIFICADO	FECHA DE CERTIFICACIÓN	EXPEDIDA POR <small>(Coloque el nombre del Representante Legal o Revisor Fiscal)</small>
JUNIO	09/06/2016	PAOLA ANDREA LEON CHIQUILLO

**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**

(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

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

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

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