



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

**CÓDIGO:  
FR-1604-GCON-01**

**VERSIÓN 02**

**FECHA:** 19 de julio de 2016

**Informe No. 5**

**PROCESO:** GESTION ADMINISTRATIVA

**No. CONTRATO:** UNGRD 50 de 2016

**CONTRATISTA:** SERVICIOS POSTALES 472

**IDENTIFICACIÓN:** 900.062.917-9

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

**PRORROGA:** *Meses:* *Días:*

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

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

**FECHA DE SUSPENSIÓN:**

**FECHA DE REINICIO:**

**OBJETO DEL CONTRATO:**

Contar con el operador oficial de correos SERVICIOS POSTALES NACIONALES 472 para la admisión, recibo, curso y entrega de correo, correspondencia y mensajería tales como cartas, paquetes, toda comunicación escrita y de más envíos postales a nivel urbano, nacional e interna nacional, a través de los servicios de EMS internacional que la UNGRD requiera, con la observancia de la norma legal existente sobre esta materia.

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** \$ 16.606.250

Adición 1.

Adición 2.

Adición 3.

**VALOR ADICIÓN:**

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO:**

(Vr. Inicial+Vrs. adiciones)

**\$ 16.606.250**

**FORMA DE PAGO:**

MENSUAL

**PERIODO A QUE**

**CORRESPONDE EL INFORME:**

01/07/2016

- 31/07/2016



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

Liquidación de aportes a sistema de Salud , 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%)	\$ -	\$	\$
<b>TOTAL</b>	\$ -	\$ -	\$ -

Número de planilla \_\_\_\_\_

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)
AGOSTO	08/08/2016	MARTHA MANTILLA DIAZ

**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)

ANGELA CALDERON PALACIO

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

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

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