| | | |
|---|---|---|
| SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO | El futuro es de todos — Gobierno de Colombia | Código GF - GP - PR - 07 - FR - 01 |
| | | Versión 04 — S Mínimo 828 116 |
| | | Fecha 09 / 01 / 2019 |

# FORMATO INFORME DE SUPERVISION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACION DE PAGO

## 1. INFORMACION GENERAL

FECHA DE EXPEDICION: Día 28 | Mes 06 | Año 2022

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATISTA | ALMA ROSA BRAVO MENDOZA | | | | |
| CEDULA DE CIUDADANIA No. | 40.926.360 | DE | RIOHACHA | | |
| TELEFONO DE CONTACTO | 301-2401659 | FIJO | | EXT. | |
| E-MAIL PERSONAL | almarosa1273@hotmail.com | | | | |
| E-MAIL INSTITUCIONAL | | | | | |
| BANCO | DAVIVIENDA | No DE CUENTA | 570236070192588 | C.A. | X — C.C. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| CONTRATO ACTUAL No | 356 | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | $ 22.136.400,00 |
| DE Año | 2022 | HONORARIOS MENSUALES | $ 1.844.700,00 |
| OBJETO DEL CONTRATO | PREVIOS PARA PRESTAR CON PLENA AUTOMONIA TECNICA Y ADMINISTRATIVA SUS SERVICIOS COMO ASIATENCIAL PARA APOYAR LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA IMPLEMENTACION SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGUURIDAD DE LA SNR, QUE REQUIEREN LAS OFICINAD DE INSTRUMENTO PUBLICO. ORIP RIOHACHA | | |
| NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO | CARMEN FRIAS ARISMENDY | | |
| CARGO DEL SUPERVISOR | REGISTRADORA PRINCIPAL | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| CDP No. | 57222 | CRP No. | 140022 |
| FECHA CRP | 04/01/2022 | FECHA CRP | 23/01/2022 |

FECHA APROBACION POLIZA: Día 25 | Mes 01 | Año 2022

LUGAR DE EJECUCION

| | |
|---|---|
| CIUDAD | RIOHACHA |
| DEPARTAMENTO | LA GUAJIRA |

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día 31 | Mes 12 | Año 2022

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Día 02 | Mes 02 | Año 2022

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 12 | DIAS

ADICION Y/O PRORROGA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INICIO DE LA ADICION Y/O PRORROGA | Día | Mes | Año | CDP No. | CRP No. |
| FECHA FINAL DE LA ADICION Y/O PRORROGA | Día | Mes | Año | MESES / DIAS | VALOR |

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR A COBRAR | $ 1.291.290,00 | COBRA CON FACTURA | No de factura |
| VALOR TOTAL # DE DIAS | $ 1.291.290,00 | | |

PERIODO DE PAGO

| | Día | Mes | Año | PAGO No. | No DÍAS | | MES A COBRAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DEL | 01 | 06 | 2022 | | | | |
| AL | 21 | 06 | 2022 | 05 | 21 | 70% | JUNIO |



Sup. 1.4 cm Inferior 1.4 cm Carta 21.59 cm x 27.94 cm
Izq. 0.8 cm Derecha 0.8 cm tamaño a 79%
Enc. 0.8 cm P. de pag. 0.8 cm FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESIÓN

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13-49 Int. 201 / PBX (1)3282121
Bogotá D.C. - Colombia
https://www.supernotariado.gov.co

Escaneado con CamScanner

# FORMATO INFORME DE SUPERVISION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACION DE PAGO

## 2. OBLIGACION DE PAGOS SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA

| | Valor del Pago | Razon Social | Aporte |
|---|---|---|---|
| 1. COMPAÑÍA DE SALUD (EPS) | 125.000 | CAJACOPI ATLANTICO - CCF | 12.5% |
| 2. FONDO DE PENSIÓN | 160.000 | SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA | 16% |
| 3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL) | 5.300 | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 0.522% |
| TOTAL A PAGAR | $ 290.300 | PLANILLA DE PAGO No. | 4450029107 |

## 2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 22.136.400,00

| | | | VALOR PAGO ACUMULADO | SALDO POR PAGAR |
|---|---|---|---|---|
| PAGO 01 | VALOR DEL PAGO | $ 1.783.210,00 | $ 1.783.210,00 | $ 20.353.190,00 |
| PAGO 02 | VALOR DEL PAGO | $ 1.844.700,00 | $ 3.627.910,00 | $ 18.508.490,00 |
| PAGO 03 | VALOR DEL PAGO | $ 1.844.700,00 | $ 5.472.610,00 | $ 16.663.790,00 |
| PAGO 04 | VALOR DEL PAGO | $ 1.844.700,00 | $ 7.317.310,00 | $ 14.819.090,00 |
| PAGO 05 | VALOR DEL PAGO | $ 1.291.290,00 | $ 8.608.600,00 | $ 13.527.800,00 |
| PAGO 06 | VALOR DEL PAGO | | $ - | $ - |
| PAGO 07 | VALOR DEL PAGO | | $ - | $ - |
| PAGO 08 | VALOR DEL PAGO | | $ - | $ - |
| PAGO 09 | VALOR DEL PAGO | | $ - | $ - |
| PAGO 10 | VALOR DEL PAGO | | $ - | $ - |
| PAGO 11 | VALOR DEL PAGO | | $ - | $ - |
| PAGO 12 | VALOR DEL PAGO | | $ - | $ - |
| PAGO 13 | VALOR DEL PAGO | | $ - | $ - |

| PERIODO DE PAGO | Día | Mes | Año | PAGO No. | |
|---|---|---|---|---|---|
| DEL | 01 | 06 | 2022 | | JUNIO |
| AL | 21 | 06 | 2022 | 05 | JUNIO |

## 3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

| OBLIGACIONES | EVIDENCIAS |
|---|---|
| 1- REALIZAR SEQUIMIENTO DIARIO SOBRE LAS ORIENTACIONES DEL PROCESO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LOS ESPACIO DE USO PUBLICO Y LUGARES DE TRABAJO, DEACUERDO AL LUGAR DE EJECUCION IMPARTIDAS POR LA DCIRECCION DE TALENTO HUMANO-GRUPO DE BIENESTAR Y GESTION DE CONOCIMIENTO, RELACUONADA CON EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD COVID 19, ASI COMO LA VARIANTE OMOCRON. 2- REVISAR QUE ,LAS PERSONAS AL INGRESAR A LA INTITUCION TENGA DEBIDAMENTE PUESTO EL TAPOBOCAS, EN CASO DE N O TENERLO, NEGAR SU INGRESO Y LLENAR ENCUNTAS O REALIZAR LAS PREGUNTAS QUE SE REQUIERAN. 3- REQUERIR AL | 1- DIRECCIONAR AL PERSONAL USUARIOS A DONDE SE VAN A DIRIGUIR VERIFICANDO EL BUEN USO DEL TAPOBOCAS Y HACIENDO LA DEBIDAD DESINFECCION DE MANOS CON ALCOHOL O GEL ANTIBACTERIAL. 2 - DISTRUYO LOS TAPOBOCAS Y DEMAS ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL ALOS FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS. 3- ESTAR ATENTA DE QUE LOS FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS NO SE LE AGOTEN LOS |



Escaneado con CamScanner

# FORMATO INFORME DE SUPERVISION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACION DE PAGO

| OBLIGACIONES | EVIDENCIAS |
|---|---|
| ANTIBACTERIAL U ALCOHOL. 5- RESTRIGUIR EL ACCESO DE ACOMPAÑANTES DE LOS TRABAJORES. 6- PREGUNTAR A LA PERSONA QUE INGRESA SI PRESENTA SINTOMAS DE TOS SECA PROBLEMAS RESPIRATORIOS O RELACIONADOS EN CASO POSITIVO SI ES FUNCIONARIO O CONTRATISTA NOTIFICARLO IMNEDIATAMENTA CON EL AREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. 7- INSTAR A LAS PERSONAS QUE ENTREN EL LA INSTITUCION A CUBRIR BIEN LA NARIZ Y BOCA CON EL TAPABOCAS. 8- PARTICIPAR EN EL SEGUIMIENTO ALEATORIO DIARIO EVIDENCIBLE SOBRE EL ESTADO DE SALUD DEL PERSONAL DEL TRABAJO EN CASA. 9- ASEGURA EL INGRESO ESCAOLONADO PARA PROCURAR EL DISTANCIAMIENTO DE DOS METROS. | 4- RECARGAR A LOS FUNCIONARIOS CONTRATISTAS Y USUARIOS LO BALIOSO QUE ES USAR CORECTAMENTOS LOS ELEMENTOS DE PROTECION PERSONAL. 5- BRINDAR APOYO EN LA LEGAJACION DE DOCUMENTOS. 6- REALIZAR LAS LLAMDAS PERTINENTES A LOS USUARIOS PARA QUE VENGAN A RETITRAR SUS DOCUMENTOS YA INSCRIPTO CON SUS RESPECTIVOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL. 7- ME ASEGURO QUE EL INGRESO SEA ESCOLONADO AL MOMENTO DE INGRESAR A LA INSTITUCCION PARA MANTENER EL DISTANCIAMIENTO ADECUADO. |

**NOTA:** Si se requiere ampliar más las obligaciones con sus respectivas evidencias en los cuadros como texto o imágenes, favor colocarlas como anexos.



Escaneado con CamScanner

| SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO La guarda de la fe pública — El futuro es de todos — Gobierno de Colombia | Código: GF - GP - PR - 07 - FR - 01 |
|---|---|
| | Versión: 04 |
| | Fecha: 09 / 01 / 2019 |

**FORMATO INFORME DE SUPERVISION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACION DE PAGO**

## 4. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACION PARA PAGO

Una vez verificado el desarrollo de las actividades asignadas para el presente período, se deja constancia que el (la) contratista **ALMA ROSA BRAVO MENDOZA** identificado (a) con cedula de ciudadania No **40.926.360** de **RIOHACHA** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **356** de **2022** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **140022** CDP No **57222**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 1.291.290,00**

**Valor en letras:** **UN MILLON DOSCIENTO NOVENTA Y UN MIL DOSCIENTO NOVENTA PESOS M/C**

| | | Día | Mes | Año | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **PERIODO DE PAGO** | **DEL** | 01 | 06 | 2022 | **PAGO No.** | **JUNIO** |
| | **AL** | 21 | 06 | 2022 | **05** | **JUNIO** |

Para constancia se firma en **RIOHACHA** a los **28** días del mes de **JUNIO** de **2022**

## SUPERVISOR

**Firma Supervisor**
CARMEN FRIAS ARISMENDY
REGISTRADORA PRINCIPAL

## CONTRATISTA

Alma Rosa Bravo Mendoza.

**Firma Contratista**
ALMA ROSA BRAVO MENDOZA
**Cedula de Ciudadania No**
40.926.360 **DE** RIOHACHA



| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Sup.** | 1.4 cm | **Inferior** | 1.4 cm | Carta 21.59 cm x 27.94 cm | |
| **Izq.** | 0.8 cm | **Derecha** | 0.8 cm | tamaño a 79% | |
| **Enc.** | 0.8 cm | **P. de pag.** | 0.8 cm | **FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESIÓN** | |

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13-49 Int. 201 / PBX (1)3282121
Bogotá D.C. - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co

Escaneado con CamScanner