EL (LA) SUPERVISOR(A) DEL CONTRATO / CONVENIO CPS No.368 DEL DIA 14 DEL MES DE MARZO DEL AÑO 2023

MODALIDAD DE SELECCIÓN: DIRECTA [1] X CMC[2] ___ SA[3]___ SASI[4] ___ CM[5] ___ LP[6]_____ OTRO___ CUAL_____ No. _____ DEL AÑO _____

HACE CONSTAR:

Que recibió a satisfacción del contratista **MONICA VIVIANA FERNANDEZ LLANO,** identificado(a) con C.C. **41.940.624** NIT ____ No. representado legalmente por _____ con C.C. No._____; el informe de actividades número **CUARTA Y ULTIMA (4)**, OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO EN LA SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA EN LAS ACTIVIDADES INHERENTES A LA ACTUALIZACION, VALIDACION Y CONSOLIDACION DE LA INFORMACION DERIVADA DE LOS PROCESOS DEL AREA DE TALENTO HUMANO.

En razón a lo anterior, certifica que el contratista y/o cooperante cumplió a cabalidad y en el tiempo pactado con las obligaciones contraídas con la Corporación Autónoma Regional del Quindío. Por lo tanto, autoriza el pago y/o desembolso por valor de: **$1.700.000** (**Un Millón Setecientos Mil Pesos M/cte.)**

Las actividades se ejecutaron entre el día **13** del mes de JUNIO del **2023** y el día **12** del mes de **JULIO** del **2023**

Para ello, se relaciona la siguiente información presupuestal:

REGISTRO PRESUPUESTAL Nº: 585 FECHA: 14/03/2023

VIGENCIA FUTURA: SI ____ NO **X**

REGISTRO DE VIGENCIA FUTURA: Nº: _____ FECHA: _____

NÚMERO DE RESOLUCIÓN DE AUTORIZACIÓN: _____ FECHA: _____

VALOR: _____ VIGENCIA: _____

VALOR TOTAL DE CONTRATO Y/O CONVENIO (INCLUYE VALOR DE LA ADICIÓN): $6.800.000

SALDO RESTANTE DEL VALOR DEL CONTRATO Y/O CONVENIO (INCLUYE VALOR DE LA ADICIÓN): $0

OBSERVACIONES:

Como Supervisora dejo constancia que el mencionado contratista presentó planillas que demuestran el pago de los aportes que debe realizar a Salud, Pensión y ARL (Positiva).

[1] Contratación directa numeral 4 del artículo 2 de la Ley 1150 de 2007
[2] Contratación de Mínima Cuantía.
[3] Selección Abreviada diferente a subasta inversa
[4] Selección Abreviada por subasta Inversa
[5] Concurso de Méritos.
[6] Licitación pública

CRQ RECIBIDO
Nombre:
Fecha:
Hora:

Que verifiqué las planillas de tal forma que los aportes fueron realizados en el tiempo de ejecución del contrato de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1273 de 2018.

Observaciones:

Entidad en donde se realiza el pago:	SOPORTE SOI	**Valor total del aporte**	**$336.700**
Planilla No.	4507413912	**SALUD**	$145.000
Periodo cotizado	06/2023	**PENSIÓN**	$185.600
		ARL	$ 6.100
Fecha de pago	07/07/2023		

Observaciones: Se aclara que, para el presente informe, al contratista se le recibe el pago de los aportes correspondiente al mes de JUNIO de 2023, de conformidad con lo establecido en el Decreto 1273 de 2018, que contempla que el pago de los contratistas se realizará mes vencido, razón por la cual el contratista asume la responsabilidad del pago de los aportes de 01/07/2023 al 12/07/2023, que de acuerdo con los últimos dos dígitos de su número de cedula corresponde al día CINCO (05) hábil del mes de AGOSTO de 2023.

Para constancia, se publica en la plataforma SECOP II y la fecha de suscripción de la presente constancia se encuentra supeditada a la fecha de publicación y aprobación en la plataforma SECOP II.

Atentamente,



Firma
Nombre Supervisor: ANGELICA MARIA ARBELAEZ BELTRAN
No. de Identificación: 1.097.392.011

ACTA DE TERMINACIÓN DE LA EJECUCIÓN Y PAGO FINAL OBRA, BIEN O SERVICIO

CPS1 __X__ CMC2___ SAMC3___ CM4 ___ OTRO___ CUAL_____

CONTRATO Nº: 368 DE FECHA: **14 DE MARZO DE 2023**

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO EN LA SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA EN LAS ACTIVIDADES INHERENTES A LA ACTUALIZACION, VALIDACION Y CONSOLIDACION DE LA INFORMACION DERIVADA DE LOS PROCESOS DEL AREA DE TALENTO HUMANO.

CONTRATISTA: **MONICA VIVIANA FERNANDEZ LLANOS**

CC __X__ NIT _____ No.: **41940624**

VALOR TOTAL: **$ 6.800.000** VALOR ANTICIPO: $_____

FECHA DE INICIACIÓN: **15 DE MARZO DE 2023**

PLAZO EN DIAS: **120 DÍAS** PRÓRROGA (DÍAS):

INTERVENTOR: _____ SUPERVISOR:

REGISTRO PRESUPUESTAL Nº **585** FECHA **14/03/2023**

VIGENCIA FUTURA: SI ____ NO __X__

REGISTRO DE VIGENCIA FUTURA: Nº: _____ FECHA: _____

NÚMERO DE RESOLUCIÓN DE AUTORIZACIÓN: _____ FECHA: _____

VALOR: _____ VIGENCIA: _____

La suscrita ANGELICA MARIA ARBELAEZ BELTRAN, supervisora de la obra, bien o servicio, mediante el presente documento deja constancia de la entrega y recibo definitivo del objeto contractual.

La supervisora hace constar que el producto objeto del contrato ha sido entregado por la contratista y recibido por la supervisora a satisfacción, de acuerdo con la siguiente descripción:

1. Bienes o Servicios Ejecutados a la fecha (Productos):

1. **ACTIVIDAD N° 1:** Apoyar en la revisión y verificación de la información contenida en la hoja de vida del SIGEP (DAFP) junto la declaración de bienes y rentas y conflictos de intereses, con el fin de determinar que la misma coincida con los requisitos establecidos en los estudios previos de los procesos de contratación

[1] Contrato de Prestación de Servicios.
[2] Contratación de Mínima Cuantía.
[3] Selección Abreviada de Menor Cuantía
[4] Concurso de Méritos.

directa que adelanta la entidad, previa a la verificación de idoneidad y funciones respectivas.

❖ Durante el periodo no se realizó ninguna revisión y verificación de la hoja de vida del SIGEP de los funcionarios y/o contratistas.

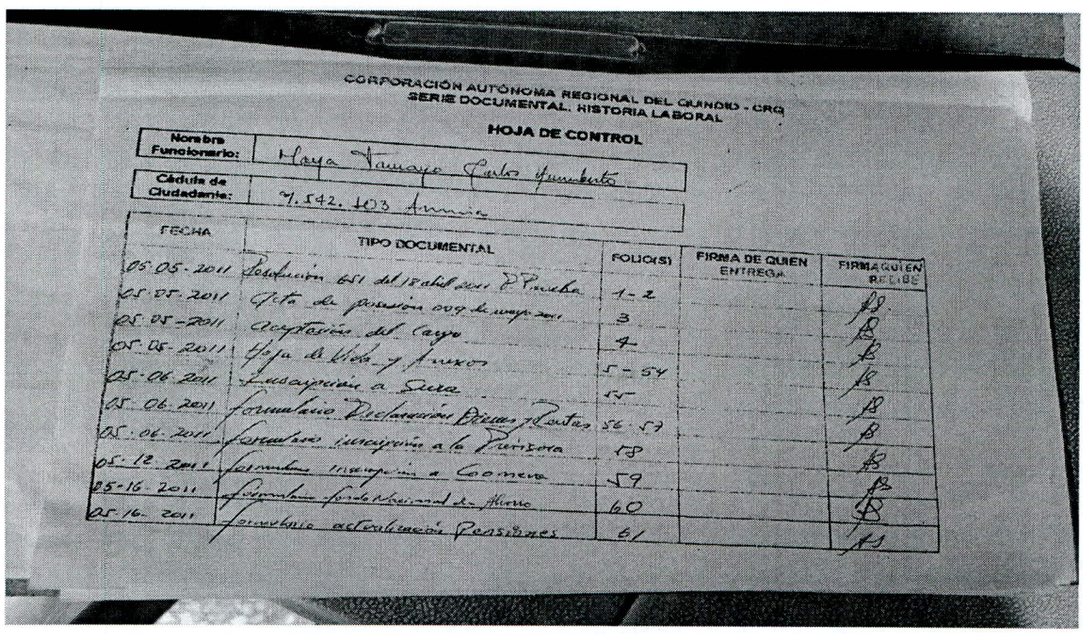
2. **ACTIVIDAD N° 2**. Apoyar la gestión y actualización de las historias laborales de los funcionarios activos de la Corporación Autónoma Regional del Quindío, según el instructivo de organización documental de la serie historias laborales de la CRQ.

❖ La contratista apoyó en la organización y actualización de las siguientes historias laborales.

- CATALINA GOMEZ
- JOHAN SEBASTIAN PULECIO
- ORLANDO MARTINEZ
- JULIO OROZCO
- PATRICIA ROJAS
- JORGE DUQUE
- JOHANA TATIANA GIRALDO
- MIRIAM PATRICIA CARDENAS
- LINA GALLEGO
- ANDRES CARDENAS
- NESTOR FABIO ORTIZ
- SANTIAGO ALVAREZ

❖ La contratista también apoyo en la organización y foliación de las historias laborales. Vigencia 2019-2020

- MARIO ANDRES JIMENEZ
- DIEGO VIGOYA AGUIRRE
- JOHANA ANDREA SEPULVEDA PULGARIN
- GLORIA CRISTINA ZULETA



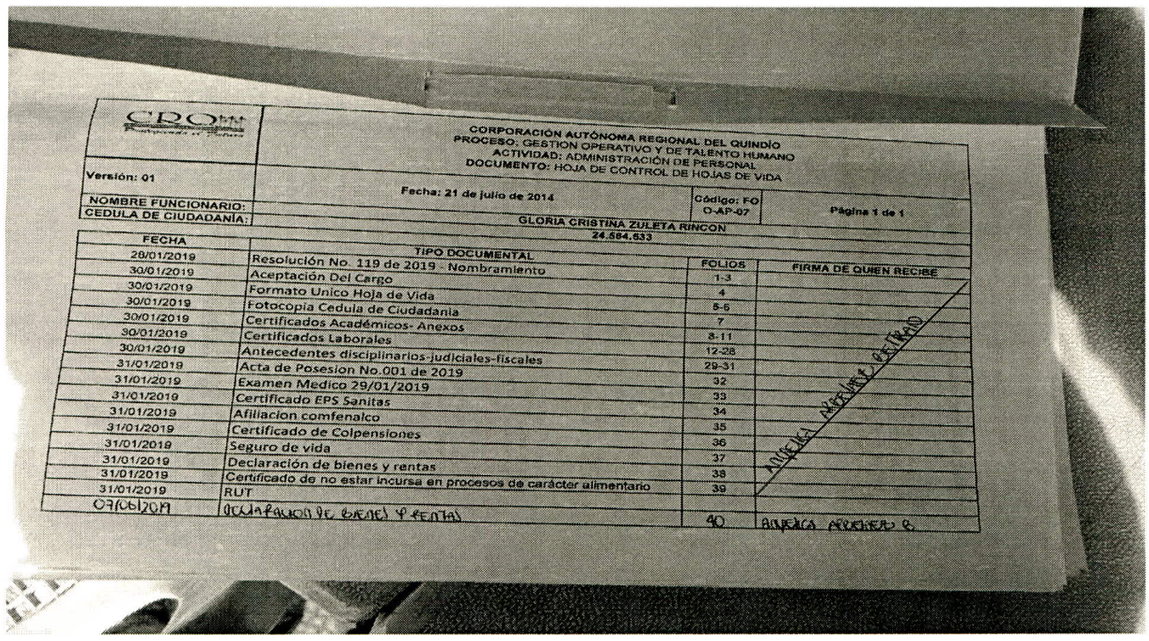
CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DEL QUINDÍO - CRQ
SERIE DOCUMENTAL. HISTORIA LABORAL

HOJA DE CONTROL

Nombre Funcionario: Maya Tamayo Carlos Humberto

Cédula de Ciudadanía: 9.542.103 Armenia

FECHA	TIPO DOCUMENTAL	FOLIO(S)	FIRMA DE QUIEN ENTREGA	FIRMA QUIEN RECIBE
05-05-2011	Resolución 651 del 18 abril 2011 Prueba	1-2		
05-05-2011	Acta de posesión 009 de mayo 2011	3		
05-05-2011	Aceptación del Cargo	4		
05-05-2011	Hoja de Vida y Anexos	5-54		
05-06-2011	Inscripción a Sisa	55		
05-06-2011	Formulario Declaración Bienes y Rentas	56-57		
05-06-2011	Formulario inscripción a la Previsora	58		
05-12-2011	Formulario inscripción a Comeva	59		
05-16-2011	Formulario fondo Nacional de Ahorro	60		
05-16-2011	Formulario actualización Pensiones	61		



CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DEL QUINDÍO
PROCESO: GESTION OPERATIVO Y DE TALENTO HUMANO
ACTIVIDAD: ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL
DOCUMENTO: HOJA DE CONTROL DE HOJAS DE VIDA

Versión: 01 | Fecha: 21 de julio de 2014 | Código: FO-GAP-07 | Página 1 de 1

NOMBRE FUNCIONARIO: GLORIA CRISTINA ZULETA RINCON
CEDULA DE CIUDADANÍA: 24.584.633

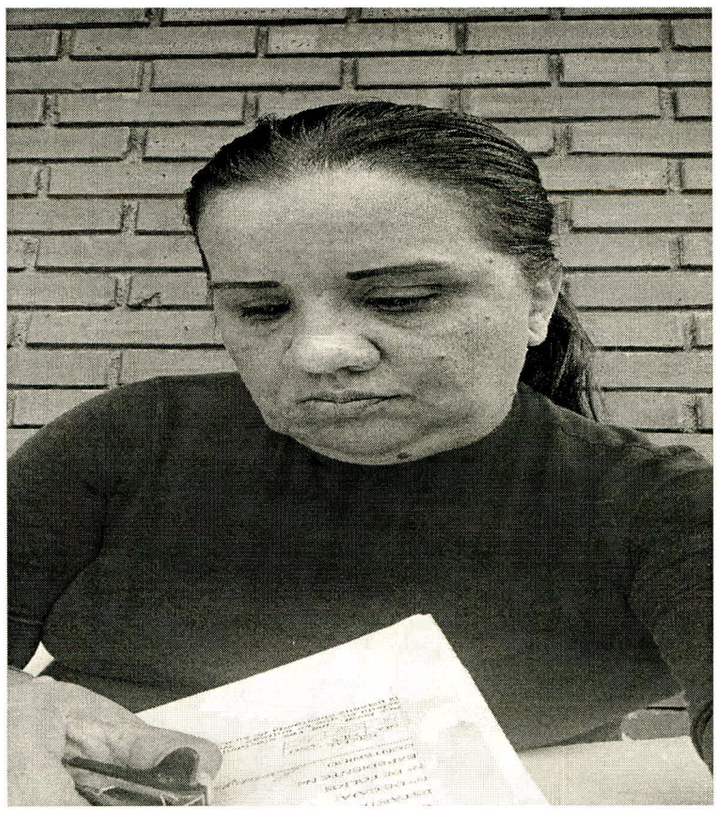
FECHA	TIPO DOCUMENTAL	FOLIOS	FIRMA DE QUIEN RECIBE
28/01/2019	Resolución No. 119 de 2019 - Nombramiento	1-3	
30/01/2019	Aceptación Del Cargo	4	
30/01/2019	Formato Unico Hoja de Vida	5-6	
30/01/2019	Fotocopia Cedula de Ciudadania	7	
30/01/2019	Certificados Académicos- Anexos	8-11	
30/01/2019	Certificados Laborales	12-28	
31/01/2019	Antecedentes disciplinarios-judiciales-fiscales	29-31	
31/01/2019	Acta de Posesion No.001 de 2019	32	
31/01/2019	Examen Medico 29/01/2019	33	
31/01/2019	Certificado EPS Sanitas	34	
31/01/2019	Afiliacion comfenalco	35	
31/01/2019	Certificado de Colpensiones	36	
31/01/2019	Seguro de vida	37	
31/01/2019	Declaración de bienes y rentas	38	
31/01/2019	Certificado de no estar incursa en procesos de carácter alimentario	39	
31/01/2019	RUT		
07/08/2019	DECLARACION DE BIENES Y RENTAS	40	ANEXA ARCHIVO E

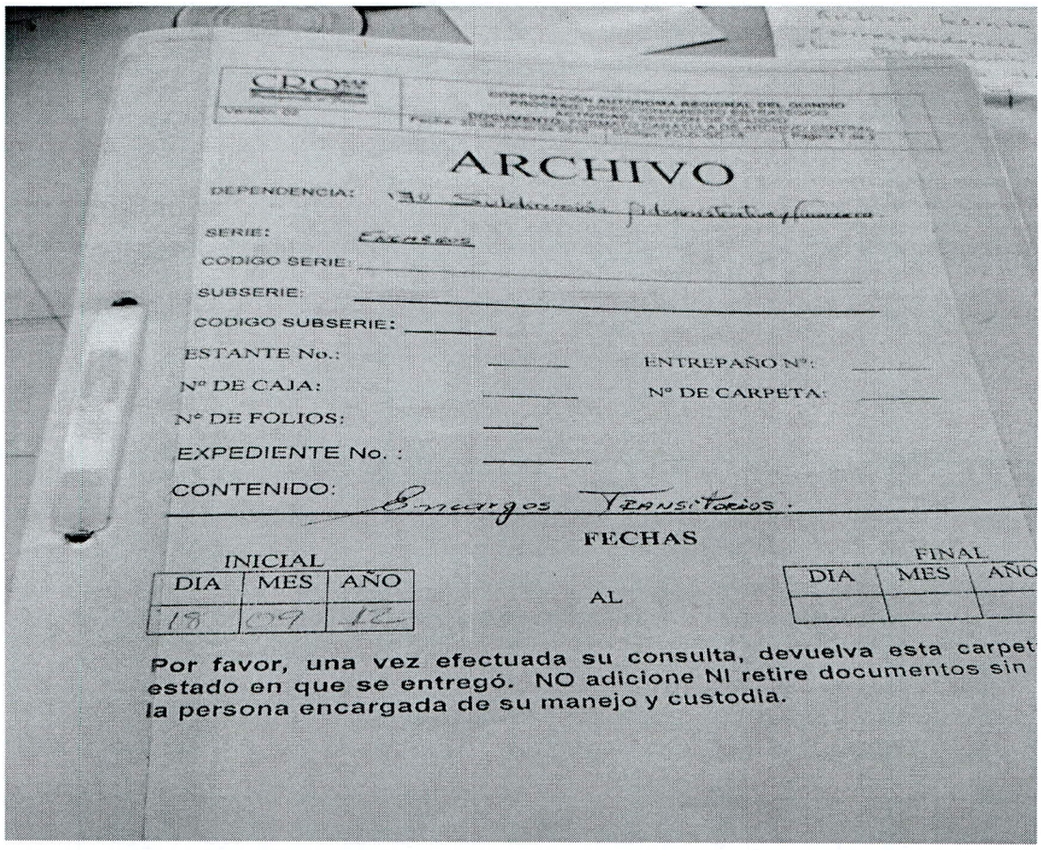
ANEXA MEDIO MAGNETICO

3- ACTIVIDAD N°3 Apoyar en el proceso de actualización y manejo de la información, del archivo de gestión del área de talento humano.

- La contratista apoyo en la foliación de documentos de correspondencia recibida y despachada de la procuraduría vigencia 2015

  - ✓ -CONTRATOS DE DOTACION DE FUNCIONARIOS DE PLANTA
  - ✓ CONVIVENCIA LABORAL
  - ✓ PROCEDIMIENTO GESTION OPERATIVO DE TALENTO HUMANO
  - ✓ CONTRATO 389 PASS S.A.S

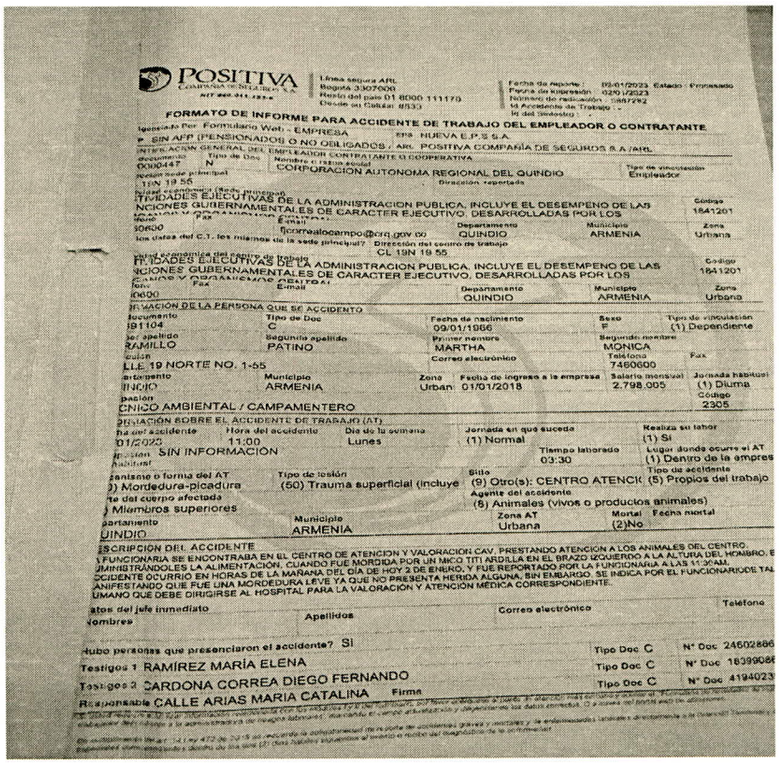




4. **ACTIVIDAD N° 4:** Apoyar en las demás actividades asignadas por el supervisor del contrato que se relacionen con el objeto contractual y que resulten acordes a su perfil.

✓ La contratista apoyó en la organización y la foliación de documentos de accidentes laborales, positiva compañía de seguros S.A vigencia 2023

-PROGRAMAS DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
-PLANES DE TRABAJO ANUAL DE SISTEMA DE GESTION
SISTEMA DE VOIVILANCIA EPIDEMILOGIA PARA RIESGO BILOGICA
POLITICA PARA PLANEACION DEL USO Y ABUSO DEL SPA



POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

FORMATO DE INFORME PARA ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

Ingresado por: Formulario Web - EMPRESA — EPS: NUEVA E.P.S.S.A.

P. SIN AFP (PENSIONADOS) O NO OBLIGADOS / ARL: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. / ARL

INFORMACION GENERAL DEL EMPLEADOR CONTRATANTE O COOPERATIVA

Documento: 0900447 — Tipo de Doc: N — Nombre o razón social: CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL QUINDIO — Tipo de vinculación: Empleador

Dirección reportada: CL 19N 19 55

ITIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA. INCLUYE EL DESEMPENO DE LAS NCIONES GUBERNAMENTALES DE CARACTER EJECUTIVO, DESARROLLADAS POR LOS — Código: 1841201

Fax — E-mail: fjcorrealocampo@crq.gov.co — Departamento: QUINDIO — Municipio: ARMENIA — Zona: Urbana

los datos del C.T. los mismos de la sede principal? — Dirección del centro de trabajo: CL 19N 19 55

ITIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA. INCLUYE EL DESEMPENO DE LAS NCIONES GUBERNAMENTALES DE CARACTER EJECUTIVO, DESARROLLADAS POR LOS — Código: 1841201

Fax — E-mail — Departamento: QUINDIO — Municipio: ARMENIA — Zona: Urbana

0600

RMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTO

Documento	Tipo de Doc	Fecha de nacimiento	Sexo	Tipo de vinculación
91104	C	09/01/1966	F	(1) Dependiente

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
RAMILLO	PATINO	MARTHA	MONICA

Dirección: LLE 19 NORTE NO. 1-55 — Correo electrónico — Teléfono: 7460600 — Fax

Departamento	Municipio	Zona	Fecha de ingreso a la empresa	Salario mensual	Jornada habitual
INDIO	ARMENIA	Urban	01/01/2018	2,798,005	(1) Diurna

Ocupación: ÉNICO AMBIENTAL / CAMPAMENTERO — Código: 2305

DENTACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE DE TRABAJO (AT)

Fecha del accidente	Hora del accidente	Día de la semana	Jornada en que sucede	Realiza su labor
01/2023	11:00	Lunes	(1) Normal	(1) Si

Descripción: SIN INFORMACIÓN — Tiempo laborado: 03:30 — Lugar donde ocurre el AT: (1) Dentro de la empres

Mecanismo o forma del AT	Tipo de lesión	Sitio	Tipo de accidente
3) Mordedura-picadura	(50) Trauma superficial (incluye	(9) Otro(s): CENTRO ATENCI	(5) Propios del trabajo

Parte del cuerpo afectada:) Miembros superiores — Agente del accidente: (5) Animales (vivos o productos animales)

Departamento	Municipio	Zona AT	Mortal	Fecha mortal
UINDIO	ARMENIA	Urbana	(2)No	

ESCRIPCION DEL ACCIDENTE

FUNCIONARIA SE ENCONTRABA EN EL CENTRO DE ATENCION Y VALORACION CAV, PRESTANDO ATENCIÓN A LOS ANIMALES DEL CENTRO, E JUNTO TRÁNDOLES LA ALIMENTACION, CUANDO FUE MORDIDA POR UN MICO TITI ARDILLA EN EL BRAZO IZQUIERDO A LA ALTURA DEL HOMBRO, E CCIDENTE OCURRIO EN HORAS DE LA MAÑANA DEL DÍA DE HOY 2 DE ENERO, Y FUE REPORTADO POR LA FUNCIONARIA A LAS 11:20 AM. ANIFESTANDO QUE FUE UNA MORDEDURA LEVE YA QUE NO PRESENTA HERIDA ALGUNA, SIN EMBARGO, SE INDICA POR EL FUNCIONARIO DE TAL UMANO QUE DEBE DIRIGIRSE AL HOSPITAL PARA LA VALORACIÓN Y ATENCIÓN MÉDICA CORRESPONDIENTE.

Datos del jefe inmediato	Apellidos	Correo electrónico	Teléfono
Nombres			

Hubo personas que presenciaron el accidente? SI

Testigos 1	RAMÍREZ MARÍA ELENA	Tipo Doc C	N° Doc 24602886
Testigos 2	CARDONA CORREA DIEGO FERNANDO	Tipo Doc C	N° Doc 18399086
Responsable	CALLE ARIAS MARIA CATALINA — Firma	Tipo Doc C	N° Doc 41940231

COMPROBANTE DE ENTRADA ALMACÉN Nº: _____

2. Para contratos de Obra (Productos a pagar en esta acta):

ITEM	DESCRIPCIÓN	UND	CANTIDAD	VR. UNIT.	VR. PARCIAL
____	_____	____	_____	_____	_____
____	_____	____	_____	_____	_____

ADMINISTRACIÓN $_____
IMPREVISTOS $_____
UTILIDADES $_____
IVA/UTILIDAD $_____
TOTAL $ ==========

BALANCE DEL ANTICIPO

VALOR ANTICIPO: $_____

VALOR AMORTIZADO ACTAS ANTERIORES: $_____
VALOR A AMORTIZAR ESTA ACTA: $_____
SALDO POR AMORTIZAR: $_____

SUMAS IGUALES $_____ $ _____

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

VALOR TOTAL PACTADO		$ 6.800.000
VALOR ADICION	$ 0	
PAGOS ANTERIORES	$ 5.100.000	
VALOR PAGO ESTA ACTA	$ 1.700.000	
SALDO DEL CONTRATO	$ 0	
SUMAS IGUALES	$ 6.800.000	$ 6.800.000

3. OBSERVACIONES: (Describir)

Como Supervisor(a) dejo constancia que el mencionado contratista presentó planillas que demuestran el pago de los aportes que debe realizar a Salud, Pensión y ARL (POSITIVA).

Que verifiqué las planillas de tal forma que los aportes fueron realizados en el tiempo de ejecución del contrato de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1273 de 2018, así:

Entidad en donde se realiza el pago:	SOPORTE SOI	**Valor total del aporte**	**$336.700**
Planilla No.	4507413912	**SALUD**	$145.000
Periodo cotizado	06/2023	**PENSIÓN**	$185.600
		ARL	$ 6.100
Fecha de pago	07/07/2023		

Observaciones: Se aclara que, para el presente informe, al contratista se le recibe el pago de los aportes correspondiente al mes de JUNIO de 2023, de conformidad con lo establecido en el Decreto 1273 de 2018, que contempla que el pago de los contratistas se realizará mes vencido, razón por la cual el contratista asume la responsabilidad del pago de los aportes de 01/07/2023 al 12/07/2023, que de acuerdo con los últimos dos dígitos de su número de cedula corresponde al día CINCO (05) hábil del mes de AGOSTO de 2023.

En el tiempo transcurrido para la presentación de este informe, no se materializó ninguno de los riesgos previstos para la ejecución del contrato.

La fecha de suscripción de la presente acta se encuentra supeditada a la fecha de publicación y aprobación en la plataforma SECOP II.

Firma
Nombre Supervisor: ANGELICA MARIA ARBELAEZ BELTRAN
No. de Identificación: 1.097.392.011