



empresa férrea regional

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES

FR-EFR-GC-003

INFORME DE ACTIVIDADES No.

3

PERÍODO:

Marzo 1 al 31 de 2024

VALOR PERIODO:

\$4.905.845

FECHA DE PRESENTACIÓN:

Abril 03 de 2024

DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO

No. CONTRATO Y FECHA

EFR-043-2024 – Enero 18 de 2024

NOMBRE DEL CONTRATISTA

María Alejandra Castiblanco Lozano

No. DE IDENTIFICACIÓN

1.000.221.647 de Bogotá D.C.

TELÉFONO DE CONTACTO

3042073515

PLAZO DE EJECUCIÓN

Desde la fecha de inicio en SECOP II hasta el 31 de marzo de 2024

PRÓRROGAS

N/A

VALOR (INCLUYENDO ADICIONES)

\$14.717535

FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN
(INCLUYENDO PRÓRROGAS)

Marzo 31 de 2024

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar servicios profesionales a la Oficina de Riesgos y Seguridad en lo relacionado con el Sistema Integral de Administración del Riesgo de la EFR y de los proyectos de Regiotram de Occidente y Transmilenio en el Municipio de Soacha Fase II y III.



SC-2000242



CO-SC-2000242

Versión 04
Fecha de vigencia
17/03/2023

Av. Calle 26 No. 57 - 83 – Oficina P7-T8
Edificio T7-T8 Ciudad Empresarial Sarmiento Angulo
Bogotá D.C. – Colombia
Código Postal: 110931 – Teléfono: (601) 880 7630
empresaferraregional @efrcundinamarca @efrcundinamarca
<https://www.efr-cundinamarca.gov.co/>

	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES
FR-EFR-GC-003	

INFORME DE ACTIVIDADES			
ITEM	OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES EJECUTADAS	EVIDENCIAS / SOPORTES
1.	Desarrollar, implementar, socializar y promover el sistema de Administración de Riesgos para la EFR.	No programada para este periodo	N/A
2.	Actualizar, socializar y promover la utilización del Manual de Administración de Riesgos, en el que incorpora las políticas, prácticas y otros mecanismos de control para la gestión de los riesgos, consistentes con la cultura de riesgos y los límites de tolerancia al riesgo	No programada para este periodo	N/A
3.	Prestar apoyo en la identificación, medición, monitoreo, control o mitigación y reporte de las exposiciones a los riesgos de la empresa con el fin de apoyar en la consecución del cumplimiento de sus objetivos institucionales.	No programada para este periodo	N/A
4.	Realizar acompañamiento en la actualización y seguimiento a los matrices riesgos de la entidad	06/03/2024: Proyecte correo para enviar correo solicitando la aprobación de la actualización del Mapa de riesgos Institucional y de Corrupción.	Obligación No.4
5.	Asistir a las mesas de trabajo para realizar el seguimiento a los riesgos de los proyectos de Regiotram de Occidente y Transmilenio en el municipio de Soacha a Fase II y III.	07/03/2024: Asistí en el comité de obra – Taller ANI 12/03/2024: Asistí en el comité de obra –Lote I 14/03/2024: Asistí en el comité de obra – Taller ANI 18/03/2024: Participe en la mesa de trabajo – Informe metodología MHCP 21/03/2024: Asistí en el comité de obra – Taller ANI	Obligación No.5



SC-2000242



CO-SC-2000242

Versión 04
Fecha de vigencia
17/03/2023

Av. Calle 26 No. 57 - 83 – Oficina P7-T8
Edificio T7-T8 Ciudad Empresarial Sarmiento Angulo
Bogotá D.C. – Colombia
Código Postal: 110931 – Teléfono: (601) 880 7630
 empresaferraregional
 @efrcundinamarca
 @efrcundinamarca
<https://www.efr-cundinamarca.gov.co/>



empresa férrea regional

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES

FR-EFR-GC-003

INFORME DE ACTIVIDADES			
ITEM	OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES EJECUTADAS	EVIDENCIAS / SOPORTES
6.	Apoyar en la revisión de las cuentas de cobro de los contratistas	No programada para este periodo	N/A
7.	Las demás que se deriven del objeto contractual, de la oferta presentada y todas aquellas que de acuerdo con la naturaleza del contrato establezca la ley	• 12/03/2024: Proyecte el PAA de la Oficina de Riesgos para el II trimestre de la vigencia 2024. • 14/03/2024: Proyecte correo para la directora técnica, haciendo la sugerencia de aperturar la caja menor de los proyectos • 15/03/2024: Proyecte la solicitud del no Planta de las contratistas la oficina de Riesgos. • 15/03/2024: Proyecte la solicitud del CDP de las contratistas la oficina de Riesgos. • 15/03/2024: Proyecte la solicitud de la afiliación al ARL de las contratistas la oficina de Riesgos. • 18/03/2024: Realice presentación de la Oficina de riesgos para el Comité Directivo. • 26/03/2024: Proyecte respuesta para el diligenciamiento del formulario del MHCP correspondiente a la Oficina de Riesgos.	Obligación No.7

DECLARACIÓN No. 1: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.



SC-2000242



CO-SC-2000242

Versión 04
Fecha de vigencia
17/03/2023

Av. Calle 26 No. 57 - 83 – Oficina P7-T8
Edificio T7-T8 Ciudad Empresarial Sarmiento Angulo
Bogotá D.C. – Colombia
Código Postal: 110931 – Teléfono: (601) 880 7630
f empresaferraregional @efrcundinamarca @efrcundinamarca
<https://www.efr-cundinamarca.gov.co/>



empresa férrea regional

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES

FR-EFR-GC-003

DECLARACIÓN No. 2: Manifiesto bajo la gravedad de juramento, que he cumplido con mi obligación de cotizar y pagar al sistema de seguridad social integral de acuerdo con lo establecido en el contrato y la Ley, a saber:

PAGOS SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATO								
Periodo Cotizado	IBC \$	Fecha Pago	No. Planilla	Salud \$	Pensión \$	ARL \$	Total Pago Planilla \$	SECOP II Publicado (SI/NO)
Enero	\$1.300.000	15/02/2024	74740920	\$162.500	\$208.000	\$6.800	\$404.600	SI
Febrero	\$1.963.000	01/04/2024	75921109	\$249.600	\$319.500	\$10.500	\$619.600	NO
Marzo	\$1.963.000	01/04/2024	75921109	\$245.400	\$314.100	\$10.300	\$609.100	NO

Nota: 1) El diligenciamiento del cuadro de pagos de seguridad social debe ser acumulativo con relación al contrato en ejecución.

Nota: 2) En caso de presentarse novedades, relacionar las planillas de correcciones.

Nota: 3) Anexar el certificado del histórico de pagos para la vigencia con relación al contrato

DECLARACIÓN No. 3: Manifiesto que he publicado en la plataforma Secop II el informe de supervisión, informe de actividades con la factura y/o cuenta de cobro y la planilla de pago de seguridad social. Así mismo, he publicado las evidencias que soportan el cumplimiento de mis obligaciones.

FIRMA CONTRATISTA

Alejandra Castiblanco

María Alejandra Castiblanco Lozano
1.000.221.647



SC-2000242



CO-SC-2000242

Versión 04
Fecha de vigencia
17/03/2023

Av. Calle 26 No. 57 - 83 - Oficina P7-T8
Edificio T7-T8 Ciudad Empresarial Sarmiento Angulo
Bogotá D.C. - Colombia
Código Postal: 110931 - Teléfono: (601) 880 7630

empresaferraregional @efrcundinamarca @efrcundinamarca

<https://www.efr-cundinamarca.gov.co/>

María Alejandra Castiblanco Lozano
Rut. 1.000.221.647 -4
malejacl05@gmail.com
Cel 3042073515

Bogotá, Abril 03 de 2024

**CUENTA DE COBRO No. 3
LA EMPRESA FÉRREA REGIONAL SAS**

Debe a:

MARÍA ALEJANDRA CASTIBLANCO LOZANO
C.C No. 1.000.221.647 de Bogotá D.C.

La suma de:

CUATRO MILLONES NOVECIENTOS CINCO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL PESOS (\$4.905.845) MONEDA CORRIENTE

Por concepto de honorarios profesionales según contrato No. **EFR-043-2024**, cuyo objeto indica *"Prestar servicios profesionales a la Oficina de Riesgos y Seguridad en lo relacionado con el Sistema Integral de Administración del Riesgo de la EFR y de los proyectos de Regiotram de Occidente y Transmilenio en el Municipio de Soacha Fase II y III."*

Periodo comprendido **01 al 31 de Marzo de 2024**

Para efectos del cálculo de la retención en la fuente, que en mi calidad de declarante del impuesto sobre la renta y complementarios manifiesto que no hago uso de costos y gastos, por lo tanto, agradezco aplicar la retención en la fuente contemplada en el Art. 383 E.T. lo anterior en cumplimiento de los Decretos 099 y 2231 de 2013.

Favor efectuar el pago en la cuenta de ahorros No. **24112943633** del Banco Caja Social.

Cordialmente,



MARÍA ALEJANDRA CASTIBLANCO LOZANO
C.C. No. 1.000.221.647, de Bogotá D.C.
Negociadora Internacional

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1000221647	MARIA ALEJANDRA CASTIBLANCO LOZANO		CARRERA 72J 42 G 12 SUR TO 6 AP 504	3042073515	maleja005@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				EMPLEADOS UPRC
2024-03	2024-03	1	01/04/2024	75921118	1 0
					TOTAL A PAGAR
					\$609.100

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860006942-7	245,400	0		0		0	0	0	0	245,400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	80022480-8	314.100	0	0	0	0	0	0		314.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

OTROS NUESTROS PRODUCTOS															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011163-6	10.300				10.300	0	0	10.300			103	10.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860069942-7	39.300	0	0	39.300	1

TOTALES PARAFISCALES

TOTALLES FAVORABLES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALS FOR SUBTOTAL			
Tipo Administradora	No. Administradores Reportados	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	245,400	245,400
Pensión	1	314,100	314,100
Riesgos Laborales	1	10,300	10,300
CCF	1	39,300	39,300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	609,100	609,100

[illegible]

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	
CC	1000221647	MARIA ALEJANDRA CASTIBLANCO LOZANO		CARRERA 72J 42 G 12 SUR TO 6 AP 504	30420273515	malejaco05@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN ÚNICA	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
1 – Independiente				BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO	PENSIONES		TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02	2024-02	01/04/2024	\$619,600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD															
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad			Días Mora	Valor Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	245.400	0		0		0		0	20	4.200	0	249.600	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Cotización	Valor Mora FSP	Valor Mora Cotización	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	600224808-8	314,100	0	0	0	0	20	0	5,400	319,500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	960011153-6	10.300				10.300	20	200	10.500			103	10.500	1

TOTALES CAJAS:

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	86006942-7	39.300	20	700	40.000	1

TOTALES PARAFISCALES

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTAL POR SUBPUNTO			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor ante de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	245.400	249.600
Pensión	1	314.100	319.500
Riesgos Laborales	1	10.300	10.500
CCF	1	39.300	40.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	609.100	619.600

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000221647	MARIA ALEJANDRA CASTIBLANCO LOZANO	CARRERA 72J 42 G 12 SUR TO 6 AP 504	3042073515	mslejad05@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	1- Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.
					SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLÉADOS 1
					UPC 0
PERIODO SALUD	2024-02	PERIODO PENSIONES	2024-02	TOTAL A PAGAR	\$619.600

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE		INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION		SALUD		RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES							
No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colicantes	Exemptos	Exemptos	Exemptos	Exemptos	Exemptos	Exemptos	Exemptos	Exemptos	Exemptos	Exemptos	Exemptos	Exemptos	Exemptos	Exemptos	Exemptos	Exemptos	Exemptos	Exemptos	Exemptos	Exemptos	Exemptos	Exemptos	Exemptos	Exemptos	Exemptos	Exemptos	Exemptos
CC	1000221647	CASTIBLANCO LOZANO MARIA ALEJANDRA	59	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDAE	TDAEP	TASPP	VST	SIGNE	LVMACT	AVCT	VCT	IRCT	CORRECCIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APOORTE	COTIZACIÓN Y/O APOORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59												0	30	\$1,300,000	0.02000	\$26,000	\$0	\$0	Enero - 2024	74740920	15/02/2024	NO
EPS008	Compensar EPS	59												0	30	\$1,300,000	0.12500	\$162,500	\$0	\$0	Enero - 2024	74740920	15/02/2024	NO
230301	Porvenir	59												0	30	\$1,300,000	0.16000	\$208,000	\$0	\$0	Enero - 2024	74740920	15/02/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59												0	30	\$1,300,000	0.00522	\$6,800	\$0	\$0	Enero - 2024	74740920	15/02/2024	NO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59												0	30	\$1,963,000	0.02000	\$39,300	\$0	\$0	Febrero - 2024	75921109	01/04/2024	NO
EPS008	Compensar EPS	59												0	30	\$1,963,000	0.12500	\$245,400	\$0	\$0	Febrero - 2024	75921109	01/04/2024	NO
230301	Porvenir	59												0	30	\$1,963,000	0.16000	\$314,100	\$0	\$0	Febrero - 2024	75921109	01/04/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59												0	30	\$1,963,000	0.00522	\$10,300	\$0	\$0	Febrero - 2024	75921109	01/04/2024	NO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59												0	30	\$1,963,000	0.02000	\$39,300	\$0	\$0	Marzo - 2024	75921118	01/04/2024	NO
EPS008	Compensar EPS	59												0	30	\$1,963,000	0.12500	\$245,400	\$0	\$0	Marzo - 2024	75921118	01/04/2024	NO
230301	Porvenir	59												0	30	\$1,963,000	0.16000	\$314,100	\$0	\$0	Marzo - 2024	75921118	01/04/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59												0	30	\$1,963,000	0.00522	\$10,300	\$0	\$0	Marzo - 2024	75921118	01/04/2024	NO

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información



Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 **Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Datos guardados

 Cancel

< Evaluación de la Entidad Estatal

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje	Recepción de artículos
100	100
90	90
80	80
70	70
60	60
50	50
40	40
30	30
20	20
10	10
0	0

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? Sí ☒ No ☐

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	ARL - Alejandra Castiblanco.pdf	ARL - Alejandra Castiblanco.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	RP - Alejandra Castiblanco.pdf	RP - Alejandra Castiblanco.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	Informe de Actividades EFR-043-2024 Enero.pdf	Informe de Actividades EFR-043-2024 Enero.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Informe de supervisión EFR-043-2024 Enero.pdf	Informe de supervisión EFR-043-2024 Enero.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	EVIDENCIAS EFR-043-2024 Enero.zip	EVIDENCIAS EFR-043-2024 Enero.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
	Informe de Supervisión EFR-043-2024 Feb.pdf	Informe de Supervisión EFR-043-2024 Feb.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Informe de Actividades EFR-043-2024 Feb.pdf	Informe de Actividades EFR-043-2024 Feb.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Evidencias EFR-043-2024 Feb.zip	Evidencias EFR-043-2024 Feb.zip	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal



PAZ Y SALVO

FR-EFR-GTH-007

DATOS PERSONALES

NOMBRE: María Alejandra Cariblanco Lozano

CÉDULA DE CIUDADANÍA: 1000221647

FECHA DE RETIRO: Terminación de contrato

DIRECCIÓN U OFICINA: Oficina de Riesgos y Seguridad

DENOMINACIÓN DEL EMPLEO: (Marque con una X) Funcionario: _____ Trabajador Oficial: _____ Contratista: ☒

SELECCIONE EL TIPO DE NOVEDAD (marque con una X)

Reubicación: _____ Retiro: _____ Terminación: ☒

ENTREGA DE ELEMENTOS / PAZ Y SALVO

ELEMENTO	OBSERVACIONES	ESTADO	FIRMA DE QUIEN RECIBE	FECHA
PORTÁTIL Y CARGADOR	N/A			
CABLE DE RED, GUAYA DE SEGURIDAD, MOUSE, PAD MOUSE Y MALETA	N/A			
IMPRESORA	N/A			
TELÉFONO IP	N/A			
ENTREGA DE INFORMACION BACK UP (TAMAÑO) CON ACTA DE ESPECIFICACIÓN DE CARPETAS Y CONTENIDO				
CARNET INSTITUCIONAL	OK		luzfeliz v.	3/04/24
TARJETA DE PROXIMIDAD DE INGRESO AL EDIFICIO,	OK		luzfeliz v.	3/04/24
TARJETA DE PROXIMIDAD DE INGRESO A LAS OFICINAS,	OK		luzfeliz v.	3/04/24
TARJETA DE INGRESO AL PARQUEADERO	N/A			
CANCELACIÓN DE ACCESO CUENTA DE CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL	N/A			
CLAVES DE ACCESO ASIGNADAS (CAJA FUERTE, CUENTAS BANCARIAS, ACCESO A PORTALES, ETC)	N/A			
ARCHIVO (DOCUMENTOS FÍSICOS A CARGO)	N/A			
PAZ Y SALVO DE ORFEO	N/A			
PRENDAS INSTITUCIONALES	OK		luzfeliz v.	3/04/24
INFORME EJECUTIVO DE GESTIÓN	N/A			
OTROS:				

JEFE INMEDIATO / SUPERVISOR

Nombre: Yany Alexander Cobillo Peña
CC.: 1000221647
Cargo: JEFE

FUNCIONARIO / TRABAJADOR / CONTRATISTA

Nombre: Alejandra Cariblanco Lozano
CC.: 1000221647
Cargo: CONTRATISTA

NOTA: Es responsabilidad del supervisor, garantizar que la información cargada en el drive corresponde a la generada durante la vigencia del contrato y que es la requerida por el área.

Cumplidos los pasos anteriormente mencionados, Verificados en su totalidad los elementos entregados limpios y en buenas condiciones. Se otorga Paz y Salvo al contratista o funcionario

OBSERVACIONES: