REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL

TRIBUNAL AMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA
SECCIÓN SEGUNDA - SUBSECCIÓN E
Carrera 57 No. 43 – 91 Piso 1
Único correo electrónico: rmemorialessec02setadmcun@cendoj.ramajudicial.gov.co

TRASLADO DE PRUEBAS

RADICACIÓN: **11001-33-35-010-2020-00056-01**
MEDIO DE CONTROL: **NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO**
DEMANDANTE: **MARTHA LUCÍA CHOACHÍ COLORADO**
DEMANDADO: **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.**

Teniendo en cuenta lo establecido en el auto de fecha 12 de mayo de 2023 que ordena correr traslado a las partes de las pruebas aportadas, se da traslado por el término de tres (3) días en un lugar visible esta Secretaría de la Subsección E y en la página web de la Rama Judicial. www.ramajudicial.gov.co. Igualmente se envía mensaje de datos a los correos electrónicos correspondientes.

EMPIEZA TRASLADO: **23 DE AGOSTO DE 2023, a las 8:00 a.m.**
VENCE TRASLADO: **25 DE AGOSTO DE 2023, a las 5:00 p.m.**

DEICY JOHANNA IMBACHI OME
Oficial Mayor
Subsección E

Elaboró: J.J.R.C.
Revisó: Deicy I.

RECEPCIÓN DE ELEMENTOS PROBATORIOS / RAD. No. 11001-33-35-010-2020-00056-01

NICOLAS VARGAS ARGUELLO <nicolasvargas.arguello@gmail.com>

Lun 26/06/2023 8:02 AM

Para:Recepcion Memoriales Seccion 02 Subseccion E Tribunal Administrativo - Cundinamarca <rmemorialessec02setadmcun@cendoj.ramajudicial.gov.co>
CC:notificacionesjudiciales.ap@gmail.com <notificacionesjudiciales.ap@gmail.com>

5 archivos adjuntos (24 MB)

Cumplimiento Elementos Probatorios Rad. 2020-00056 Martha Lucia Choachi Colorado.pdf; Contratos de Prestacion de Servicios No. 1519-2018 (Prorrogas y Adiciones).pdf; REQUERIMIENTO ADICION Y PRORROGA NOVIEMBRE CONTRATO No. 1519 -2018.pdf; Certificacion Contractual Martha Lucia Choachi Colorado.pdf; CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS AÑO 2017.pdf;

Honorable Magistrado
Dr. RAMIRO IGNACIO DUEÑAS RUGNON
TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA SECCIÓN SEGUNDA – SUBSECCIÓN "E"
E. S. D.

Asunto:	**RECEPCIÓN DE ELEMENTOS PROBATORIOS**
Expediente No.	**11001-33-35-010-2020-00056-01**
Demandante:	**MARTHA LUCÍA CHOACHÍ COLORADO**
Demandado	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.**
Medio de Control:	**NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO**

NICOLÁS VARGAS ARGÜELLO, actuando en nombre y representación de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E. S. E., en calidad de apoderado judicial, por medio de la presente me dirijo a su Despacho con el fin de dar cumplimiento a lo ordenado por su Señoría en auto de fecha doce (12) de mayo de dos mil veintitrés (2023).

Cordialmente.

NICOLÁS VARGAS ARGÜELLO
Abogado - Oficina Asesora Jurídica
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Bogotá D.C, 25 de junio de 2023.

Honorable Magistrado
Dr. RAMIRO IGNACIO DUEÑAS RUGNON
TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA SECCIÓN SEGUNDA – SUBSECCIÓN "E"
E. S. D.

Asunto:	**RECEPCIÓN DE ELEMENTOS PROBATORIOS**
Expediente No.	**11001-33-35-010-2020-00056-01**
Demandante:	**MARTHA LUCÍA CHOACHÍ COLORADO**
Demandado	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.**
Medio de Control:	**NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO**

NICOLÁS VARGAS ARGÜELLO, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.110.262.262 expedida en Suárez Tolima, abogado en ejercicio portador de la Tarjeta Profesional No. 2478032, actuando en nombre y representación de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E. S. E., en calidad de apoderado judicial, por medio de la presente me dirijo a su Despacho con el fin de dar cumplimiento a lo ordenado por su Señoría en auto de fecha doce (12) de mayo de dos mil veintitrés (2023), en los siguientes términos:

Comedidamente me permito presentar excusas al Despacho por la tardanza en la remisión de las pruebas documentales, de igual modo, informo que la intención de la Entidad o de este servidor, no ha sido desacatar las órdenes impartidas por su Señoría, o la de dilatar las etapas procesales del referido proceso.

No obstante, con el propósito de dar cumplimiento a lo ordenado, proceso a dar respuesta de conformidad con la información suministrada, adjunto a la presente la siguiente información:

> ***"allegue copia integral de las órdenes o contratos de prestación de servicios con sus respectivas adiciones o prórrogas, suscritos entre la demandante Martha Lucía Choachí Colorado, identificada con la cédula de ciudadanía No. 51.997.599 de Bogotá, y la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. – Hospital Occidente de Kennedy E.S.E., específicamente los siguientes contratos que se relacionan a continuación:***

CONTRATO	DURACIÓN[1]
OPS 1-1076 de 2016	Desde 1 de diciembre de 2016 hasta 10 de enero de 2017
OPS 1-2819 de 2017	Desde 11 de enero de 2017 hasta 31 de julio de 2017
OPS SO-2662 de 2017	Desde 1 de agosto de 2017 hasta 31 de enero de 2018
OPS 1519 de 2018	Desde 1 de febrero de 2018 hasta 29 de noviembre de 2018

Respuesta: Conforme a lo solicitado, se anexan copia del expediente contractual en el cual reposan copia de los contratos suscritos OPS 1-2819-2017, OPS SO-2662-2017 y OPS 1519-2018, suscritos entre la señora Martha Lucia Choachi Colorado y la Subred; en dichos expedientes reposa la hoja de vida, los contratos y modificaciones contractuales (adiciones y prorrogas de los contratos), los informes del cumplimiento de las actividades contractuales de la demandante, cuentas de cobro y demás documentos que hacen parte de dicho expediente.

Es menester precisar, que con relación a la orden de prestación de servicio No. 1-1076-2016, aclaro al Despacho que de conformidad con el certificado contractual el número correcto del contrato es el No. 1-4076-2016, de igual modo, informo que el área de archivo central se encuentra en la búsqueda de dicho contrato, como quiera que no ha sido posible la consecución de este. Expediente contractual que será allegado al Despacho una vez sea aportado por el área competente.

> ***"(…) se solicita a la entidad certificar la totalidad de los contratos de prestación de servicios, identificando el número del contrato, la fecha de inicio y la fecha de terminación y cada una de sus prórrogas, debido a que si bien reposa copia de algunos contratos y sus adiciones o prórrogas con la debida fecha de inicio y fecha de terminación, no se logra identificar el número del contrato."***

Respuesta: Anexo certificado contractual de la señora Martha Lucia Choachi Colorado, expedido por la Dirección de Contratación, en la cual se informa número de contratos, tipo, objeto, duración, fecha de inicio, fecha de terminación, valor y la Unidad en la cual presto sus servicios, en ocho (8) archivos pdf.

Por lo anterior, ruego al Honorable Magistrado de la manera más respetuosa se consideren los argumentos expuestos y de ser posible no imponer sanción o multa en contra de mi representada o de este servidor, como quiera que se estan realizando los trámites posibles para la consecuencia de dicha información.

Para efecto de notificaciones las recibiremos en la calle 9 No. 39 – 46. Piso 2º Oficina Asesora Jurídica, de la ciudad de Bogotá D.C. correo electrónico notificacionesjudiciales@subredsuroccidente.gov.co y nicolasvargas.arguello@gmail.com; número de celular: 310 753 2518.

Cordialmente,



NICOLÁS RAMIRO VARGAS ARGÜELLO
C.C. No. 1.110.262.262 de Suárez Tolima
T.P. No. 247.803 del Consejo S. de la Judicatura

156

Secretaría Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADICION Y/O PRORROGA	Versión:	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	24/02/2017	
		Código:	04-02-FO-0005	

Quien solicita: VIVIANA TEJERA PALACIO-Profesional Universitario	Fecha de la Solicitud			Dependencia o sede:
	Dia	Mes	Año	NUTRICION UMHE KENNEDY DIRECCION SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
	18	10	2018	

Motivo de la solicitud (Marque con una X)		No CONTRATO	
Adición y Prorroga	X	1519-2019	Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural
Adición			
Prorroga			
Reinicio			

JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO
(Previa verificaciòn presupuestal)

La oficina de Nutricion requiere garantizar el Apoyo en la elaboración y suscripción de los procesos Contractuales como Auxiliar de Cocina en el acompañamiento de las diferentes actividades que se realizan en la Subred integrada de servicios de salud Sur Occidente ESE En concordancia con las obligaciones y actividades pactadas.

Descripciòn del servicio solicitado

Alistamiento, preparacion, distribución y lavado de menaje

AREA: ADMINISTRATIVO ☐ ASISTENCIAL ☒ X

PERFIL AUXILIAR DE COCINA

NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS: 1 PERSONA

EXPERIENCIA: (En años) SIN EXPERIENCIA EN:

HABILIDADES:
Trabajo en equipo, proactividad, responsabilidad, organización.

RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN: Inhabilidad e incompatibilidades sobrevinientes.Demora en el inicio de la ejecución del contrato.Errores en la supervisión. No informar oportunamente al supervisor su designación.Riesgo relacionado al conocmiento, experiencia y destreza en el desempeño de sus actividadesRiesgo por no asistencia a las actividades programadas.Riesgo relacionado con las conductas que miran la intencionalidad del individuo y su actitvidad valorativa y ética ante las actividades y los usuarios. Riesgo en la planeación de las actividades por realizar.Riesgo por no cumplimiento de normas y políticas institucionales, entre las que se encuentran misión, visión,planes de acción, objetivos, metas e indicadores.Riesgo de no cumplimiento de los parámetros de calidad establecidos por el supervisor para las actividades asignadas
No entrega de soportes , registros de las actividades de acuerdo con los procedimientos y requerimientos de la entidad

TIEMPO DE EJECUCION: 1 MES	MONTO TOTAL (valor no debe registrarse en lapiz)	Marque con una X según corresponda tipo de contrato	VALOR UNITARIO(mes, hora, actividad)	CANTIDAD (meses ,horas, actividades a contratar)	VALOR TOTAL	Observaciones: Sin experiencia
		MES			0	
		HORA	$6.730	186	1251780	
		ACTIVIDAD			0	

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

Apoyar la elaboración de las dietas terapéuticas con base a las necesidades patológicas de los pacientes hospitalizados, todo relacionado a una minuta pre establecida teniendo en cuenta los requerimientos nutricionales de los mismos

CONSTANCIA DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL EN PLANTA

VIVIANA TEJERA PALACIO
Lider de Nutricion y Dietetica

DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO
Direccion de Servicios Complementarios

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CERTIFICA:

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fueron fusionados los antes Hospitales BOSA, PABLO VI, KENNEDY, DEL SUR Y FONTIBON en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran en la Dirección de Contratación, se constata que la señor (a) CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA; con documento de identidad No, 51997599 celebró Contrato (s) de Prestación de Servicio como se relaciona a continuación:

#	Año	Contrato	Perfil	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor	Unidad
1	2010	4374	AUXILIAR DE COCINA	03/09/2010	02/09/2010	$276.000	KENNEDY
2	2010	4374	AUXILIAR DE COCINA	03/09/2010	02/10/2010	$920.000	KENNEDY
3	2010	4374	AUXILIAR DE COCINA	03/09/2010	02/10/2010	$920.000	KENNEDY
4	2010	4423	AUXILIAR DE COCINA	03/10/2010		$858.667	KENNEDY
5	2010	4564	AUXILIAR DE COCINA	01/11/2010	31/12/2010	$1.840.000	KENNEDY
6	2011	670	AUXILIAR DE COCINA	01/01/2011	28/02/2011	$1.840.000	KENNEDY
7	2011	1454	AUXILIAR DE COCINA	01/03/2011	30/04/2011	$1.840.000	KENNEDY
8	2011	2366	AUXILIAR DE COCINA	01/05/2011	30/06/2011	$1.840.000	KENNEDY
9	2011	2771	AUXILIAR DE COCINA	01/07/2011	31/08/2011	$1.840.000	KENNEDY
10	2011	3564	AUXILIAR DE COCINA	01/09/2011	31/10/2011	$1.840.000	KENNEDY
11	2011	4779	AUXILIAR DE COCINA	01/11/2011	30/11/2011	$920.000	KENNEDY
12	2012	510	AUXILIAR DE COCINA	01/01/2012	31/01/2012	$920.000	KENNEDY
13	2012	1192	AUXILIAR DE COCINA	01/02/2012	29/02/2012	$920.000	KENNEDY
14	2012	1977	AUXILIAR DE COCINA	01/03/2012	30/04/2012	$1.840.000	KENNEDY
15	2012	2839	AUXILIAR DE COCINA	01/05/2012	30/06/2012	$1.840.000	KENNEDY
16	2012	3672	AUXILIAR DE COCINA	01/07/2012	31/08/2012	$1.840.000	KENNEDY
17	2012	4578	AUXILIAR DE COCINA	01/09/2012	31/10/2012	$1.840.000	KENNEDY
18	2012	5545	AUXILIAR DE COCINA	01/11/2012	31/12/2012	$1.840.000	KENNEDY
19	2012	5545	AUXILIAR DE COCINA	01/11/2012	31/12/2012	$1.840.000	KENNEDY
20	2013	221	AUXILIAR DE COCINA	01/01/2013	30/04/2013	$3.680.000	KENNEDY
21	2013	2464	AUXILIAR DE COCINA	01/05/2013	31/07/2013	$2.760.000	KENNEDY
22	2013	3678	AUXILIAR DE COCINA	01/08/2013	31/10/2013	$2.760.000	KENNEDY
23	2013	4840	AUXILIAR DE COCINA	01/11/2013	31/12/2013	$1.840.000	KENNEDY
24	2014	150	AUXILIAR DE COCINA	01/01/2014	30/04/2014	$4.000.000	KENNEDY
25	2014	2597	AUXILIAR DE COCINA	01/05/2014	30/06/2014	$2.000.000	KENNEDY
26	2014	3159	AUXILIAR DE COCINA	01/07/2014	30/09/2014	$3.000.000	KENNEDY
27	2014	5994	AUXILIAR DE COCINA	01/10/2014	31/10/2014	$1.000.000	KENNEDY

Copia Certificada
Subred Sur Occidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

#	Año	Contrato	Perfil	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor	Unidad
28	2014	6360	AUXILIAR DE COCINA	01/11/2014	31/12/2014	$2.000.000	KENNEDY
29	2015	303	AUXILIAR DE COCINA	01/01/2015	28/02/2015	$2.000.000	KENNEDY
30	2015	1646	AUXILIAR DE COCINA	01/03/2015	30/04/2015	$2.000.000	KENNEDY
31	2015	3464	AUXILIAR DE COCINA	01/05/2015	31/05/2015	$1.040.000	KENNEDY
32	2015	3866	AUXILIAR DE COCINA	01/06/2015	15/06/2015	$550.000	KENNEDY
33	2015	4048	AUXILIAR DE COCINA	16/06/2015	30/06/2015	$550.000	KENNEDY
34	2015	4724	AUXILIAR DE COCINA	01/07/2015	31/08/2015	$2.200.000	KENNEDY
35	2015	6407	AUXILIAR DE COCINA	01/09/2015	30/09/2015	$1.100.000	KENNEDY
36	2015	7448	AUXILIAR DE COCINA	01/10/2015	31/12/2015	$3.300.000	KENNEDY
37	2016	1-4076	AUXILIAR DE COCINA	01/12/2016	10/01/2017	$920.000	KENNEDY
38	2016	0893	AUXILIAR DE COCINA	01/01/2016	30/06/2016	$4.400.000	KENNEDY
39	2016	0893	ASISTENCIAL/AUXILIAR	01/10/2016	30/11/2016	$1100000	KENNEDY
40	2017	SO-2662	AUXILIAR DE COCINA	01/08/2017	31/01/2018	$1202676	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
41	2017	1-2819	AUXILIAR DE COCINA	11/01/2017	31/07/2017	$1100000	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
42	2018	1519	AUXILIAR DE COCINA	01/02/2018	05/12/2019	$1251780	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Copia Certificado Subred Surocciente

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

AUXILIAR DE COCINA

1 » Contrato: **4374**
Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

2 » Contrato: **4374**

Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

3 » Contrato: **4374**
Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

4 » Contrato: **4423**
Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

5 » Contrato: **4564**
Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

6 » Contrato: **670**
Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

7 » Contrato: **1454**
Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

8 » Contrato: **2366**
Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

9 » Contrato: **2771**
Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

10 » Contrato: **3564**
Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

11 » Contrato: **4779**

Copia Certificada
Subred Suroccidente

Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

12 » Contrato: **510**
Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

13 » Contrato: **1192**
Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

14 » Contrato: **1977**
Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

15 » Contrato: **2839**
Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

16 » Contrato: **3672**
Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

17 » Contrato: **4578**
Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

18 » Contrato: **5545**
Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

19 » Contrato: **5545**
Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

20 » Contrato: **221**

Copia Certificada
Subred Suroccidente

Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

21 » Contrato: **2464**
Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

22 » Contrato: **3678**
Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

23 » Contrato: **4840**
Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

24 » Contrato: **150**
Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

25 » Contrato: **2597**
Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

26 » Contrato: **3159**
Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

27 » Contrato: **5994**
Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

28 » Contrato: **6360**
Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

29 » Contrato: **303**

Copia Certificada
Subred Suroccidente

Obligaciones:

CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA

30 » Contrato: **1646**
Obligaciones:

CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA

31 » Contrato: **3464**
Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

32 » Contrato: **3866**
Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

33 » Contrato: **4048**
Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

34 » Contrato: **4724**
Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

35 » Contrato: **6407**
Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

36 » Contrato: **7448**
Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

37 » Contrato: **1-4076**
Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

38 » Contrato: **0893**

Copia Certificada
Subred Suroccidente

Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

39 » Contrato: **0893**
Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA

40 » Contrato: **SO-2662**
Obligaciones:

Apoyar la elaboraciON de las dietas terap?uticas cON base a las necesidades patol?gicas de los pacientes hospitalizados, todo relaciONado a una minuta pre establecida teniendo en cuenta los requerimientos nutriciONales de los mismos

41 » Contrato: **1-2819**
Obligaciones:

AUXILIAR DE COCINA Apoyar la elaboración de las dietas terapéuticas con base a las necesidades patológicas de los pacientes hospitalizados, todo relacionado a una minuta pre establecida teniendo en cuenta los requerimientos nutricionales de los mismos

42 » Contrato: **1519**
Obligaciones:

Apoyar la elaboraci?n de las dietas terap?uticas con base a las necesidades patol?gicas de los pacientes hospitalizados, todo relacionado a una minuta pre establecida teniendo en cuenta los requerimientos nutricionales de los mismos

Los contratos relacionados anteriormente no generaron relación jurídica laboral entre la entidad y el Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como la presente firma acá plasmada , sera responsabilidad exclusiva del contratista, en los termino de que trata los artículos 286 y S.S. del código penal colombiano

Se expide la presente constancia a solicitud del contratista conforme a la información que reposa en base de datos de la Institución a los trece(13) días del mes de Junio de 2023, la cual no tiene fecha de expiración

Atentamente,

Copia Certificada
Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



INGRIT LINETH VASQUEZ CELY
DIRECTORA DE CONTRATACIÓN
SUBGERENCIA CORPORATIVA

Copia Certificada
Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Sur Occidente E.S.E.

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTACIÓN POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión:	1
Fecha de aprobación:	31-10-2016
Código:	11-02-FO-0001

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Sur Occidente E.S.E.

ITEM	DOCUMENTOS INSTITUCIONALES	SI	NO
1	Propuesta de servicios dirigida al gerente de la Subred	X	
2	Una (1) copia en físico de toda la documentación presentarla en un (1) carpeta tamaño oficio.	X	
3	Un (1) CD con toda la información de la hoja de vida en magnético en archivo PDF Al. 75% (Escaneado individualmente en el orden del listado).	X	
4	Formato Unico de Hoja de vida en original (Función Pública). Diligenciado al 100% y firmado. No se aceptan tachones ni enmendaduras y se requiere que los datos suministrados en HV, estén debidamente soportados para su verificación.	X	
5	Copia de la cedula de ciudadanía al 150% (Totalmente legible por las dos caras) .	X	
6	Copia libreta militar (Hombres menores de 50 años). Al 150% Totalmente legible por las dos caras.	-	
7	Diploma y acta de grado de bachiller (técnicos y auxiliares)	X	
8	Diploma y acta de grado que acredita como tal al auxiliar, técnico, tecnólogo o profesional según perfil requerido		
9	Diploma y acta de grado de especialidad según perfil requerido		
10	Fotocopia de tarjeta profesional y certificado de inscripción del ente regulador y de control y/o RETHUS		
11	Copia de certificado de otros estudios (cursos, seminarios, especializaciones, etc). de acuerdo al perfil ver anexo		
12	Soporte de convalidación de títulos ante el ICFES en caso de estudios en el exterior		
13	Copia de constancias laborales actualizadas conforme a lo relacionado en formato único de hoja de vida	X	
14	Copia antecedente de la contraloría	X	
15	Copia antecedentes disciplinarios – Procuraduría general de la Nación.	X	
16	Copia de antecedentes disciplinarios – Personería de Bogotá D.C.	X	
17	Copia de antecedentes disciplinarios – Policía de Bogotá D.C.	X	
18	Copia de RUT (Actualizo para la vigencia).	X	
19	Copia del registro de información tributaria RIT	X	
20	Formato único de bienes y rentas DAFP ley 1990 de 1995	X	
21	Copia del carne, planilla de pago o certificado de afiliación de la EPS-SALUD (En caso de estar en trámite el proceso de afiliación, se debe discriminar a que entidad va a realizar la afiliación).	X	
22	Copia del carnet, planilla de pago o certificado de afiliación al fondo de pensiones (En caso de estar en trámite el proceso de afiliación, se debe discriminar a que entidad va a realizar la afiliación).	X	
23	Afiliación a la ARL (El proceso se debe realizar con el área de Talento Humano diligenciar formato una vez firmado contrato)	X	
24	Carta que informe número de cuenta de la entidad bancaria para la consignación de los honorarios.	X	
25	Examen pre ocupacional vigente Articulo 18 Decreto 723 de 2013	X	

DOCUMENTOS INSTITUCIONALES PARA LA VINCULACION		
Formato consentimiento para verificación títulos H.V.		
Formato de entrenamiento en puesto de trabajo completamente diligenciado		
Carta de presentación talento humano		

OBSERVACIONES PARA EFECTOS DE HABILITACION		
A partir de julio de 2014 se expide por parte del Ministerio de la Protección Social Resolución 3030 de 2014 por la cual auxiliares, técnicos, profesionales y especialistas deberán solicitar su inscripción para ejercer sus actividades en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud. (RETHUS). asi mismo las tarjetas profesionales deberán ser expedidas por los colegios respectivos. (Médicos - Colegio Médico Colombiano; Bacterióloges - Colegio Nal de Bacteriología, Fisioterapeutas - Colegio Colombiano de Fisioterapeutas, Químicos farmaceutas - Colegio Nal de Químicos Farmaceutas, ENFERMERAS -La OCE "Organización Colegial de Enfermería" - ANEC - para tecnólogos sistemas y medio ambiente - Tarjeta de Matricula COPNIA .		
Nuevas disposiciones para solicitud de tarjetas para profesionales Resolución DEL 22 ABRIL DE 2015. Médicos registro único nacional de talento humano (RETUS). copia de la tarjeta expedida por colegio médico colombiano Res: 18 agosto 2015		
Según la Resolución no. 00002003 de 2014 se requiere el certificado de formación del personal asistencial de los servicios de urgencias , Hospitalización y consulta EXTERNA En **Atención integral en salud de las victimas de violencia sexual**		
NOTA: Póliza de responsabilidad civil por el tiempo contratado y cuatro (4) meses más (para médicos especialistas y médicos residentes). Posterior a la firma del contrato; en el caso de los profesionales afiliados a la póliza SCARE, la certificación debe especificar el tipo de especialidad (Medico Especialista y Residente).		

ITEM	DOCUMENTO DE ACUERDO A LOS SERVICIOS PRESTADOS POR LAS UNIDADES	SI	NO
GENERAL	Certificado de formación del personal asistencial de los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa en atención integral en salud de las víctimas de violencias sexuales		
AUXILIAR DE ENFERMERIA			
	Certificado formación en toma muestras (colabores que vayan a realizar actividades en: Laboratorio Clinico, Urgencias y Hospitalización)		
	Soporte Vital Básico vigencia dos años para todos los colaboradores		
	Certificado administración de medicamentos (formación interna en administración de medicamentos)		
	Certificado de formación en la atención del paciente en diálisis renal (colaboradores que se encuentres en la unidad renal)		
	Curso administración de inmunobiológicos (colaboradores que vayan a realizar consulta externa) y certificado de competencias laborales de administración de inmunobiológicos para auxiliares de vacunación PAI)		
	Soporte vital avanzado vigencia dos años (transporte asistencial medicalizado)		
	Certificado de formación para el apoyo del cuidado al paciente con quimioterapia (colaboradores que se encuentren en salas de quimioterapia)		
	certificado de formación en estudios de neumología, (colaboradores que se encuentren en el laboratorio función pulmonar (espirometría y broncoscopia)		
	Certificado de formación en atención de cuidado intermedio pediátrico , adulto y neonatal (de acuerdo al servicio donde vaya a realizar actividades)		
	Certificado de formación en atención de cuidado intensivo pediátrico , adulto y neonatal (de acuerdo al servicio donde vaya a realizar actividades)		
ENFERMEROS			
	Certificado de formación en la atención del paciente en diálisis renal (colaboradores que se encuentres en la unidad renal)		

BOGOTA D.C 08 de noviembre de 2016

Doctora

ALEXANDRA RODRIGUEZ GOMEZ

Gerente.

Calle 9 No 39-46

Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente ESE

Telefono 7560505

Ciudad

REFERENCIA: CARTA DE INTENSION DEL CONTRATISTA Martha Lucia Choachi Colorado CC51997599 de BOGOTA D.C Auxiliar de Cocina-Nutricion

Respetada doctora ALEXANDRA RODRIGUEZ GOMEZ , reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente ESE y cumplir a cabalidad cada una de las actividades que me sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual

Cordialmente.

Martha lucia choachi

Martha Lucia Choachi C.

CC51997599 de BOGOTA

Direccion: CL 48A SUR 13 ESTE 46

E-mail: marthachoacho@gmail.com

Tel:3115272550

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.997.599**

CHOACHI COLORADO

APELLIDOS

MARTHA LUCIA

NOMBRES

Martha Lucia Choachi

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-DIC-1970**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

28-FEB-1989 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00020281-F-0051997599-20080706 0000817321A 1 1330010576

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA, DISTRITO CAPITAL
SECRETARIA DE EDUCACION

COLEGIO CIUDAD DE BOGOTA

INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL
JORNADA MAÑANA

Pre-Escolar, Básica Primaria, Básica Secundaria y Media Académica con Énfasis en Sistemas, Diseño, Promoción Turística e Inglés
Grado 0 a 11 Aprobado por Resolución Oficial 7474 del 19 de Noviembre de 1998 y Resolución de Unificación 1679 Mayo 28/2002

DANE 11100114218 ICFES 045393

FORMACION INTEGRAL CON ENFASIS EN EL TRABAJO PRODUCTIVO PARA LATRANSFORMACION DE LAS NUEVAS GENERACIONES

Por cuanto: **CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA** con D.I. No **51997599** de **Bogotá** alcanzó durante el año **1985** los logros correspondientes al grado **Quinto** de Primaria según lo dispuesto en el Decreto No. 1469 del 3 de Agosto de 1998 y la Resolución Reglamentaria No. 1367 del 6 de octubre de 1987 que establecen la PROMOCION AUTOMATICA.

AREAS	INTENSIDAD HORARIA	VALORACION CONCEPTUAL
ESPAÑOL Y LITERATURA	4	SEIS NUEVE
MATEMATICAS	4	SEIS OCHO
CIENCIAS NATURALES Y SALUD	4	SIETE TRES
CIENCIAS SOCIALES	4	SIETE CINCO
EDUCACION FISICA Y DEPORTES	2	OCHO SIETE
EDUCACION ESTETICA	2	OCHO SIETE
INGLES	-	XXXXXXX
EDUCACION RELIGIOSA Y MORAL	3	SIETE SIETE
TECNOLOGIA E INFORMATICA	2	XXXXXXX
CONDUCTA		DIEZ CERO

Expedido en Bogotá, a los 23 días del mes de agosto de 2010

MARTHA A. MURILLO DE OROZCO
Rectora

Nota: Las firmas de este certificado no necesitan ser autenticados, según Decreto Nacional No. 1543, de julio 27 de 1976, Artículo 31, párrafo 2 del Ministerio de Educación Nacional.

ACTA DE SUSPENSIÓN Y REINICIO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 0893-2016 CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E UNIDAD OCCIDENTE DE KENNEDY Y MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO

Entre los suscritos **ALEXANDRA RODRÍGUEZ GÓMEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 51.863.647 expedida en Bogotá, nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 171 del 08 de Abril de 2016 y posesionada en la misma fecha, obrando en nombre y representación legal de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, de la cual hace parte la UNIDAD OCCIDENTE DE KENNEDY, Persona Jurídica identificada con **NIT No. 800.196.939-3,** quien para los efectos de la presente acta en adelante se denominará LA EMPRESA, por una parte y por la otra, **MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO,** también mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 51.997.599, quien en adelante se denominará EL CONTRATISTA, convienen de común acuerdo suspender y posteriormente reiniciar el contrato de prestación de servicios No. **0893-2016**, previas las siguientes consideraciones: Las partes contratantes, con facultades suficientes para suscribir el presente documento, convienen de común acuerdo suspender temporalmente y reiniciar el contrato de prestación de servicios No. **0893-2016**, previas las siguientes consideraciones: **1.** Que entre la Empresa y el Contratista, se suscribió el primero (01) de enero de 2016 contrato de prestación de servicios Nº **0893-2016** para desarrollar actividades inherentes a **Auxiliar de Cocina** en el **Área de Nutrición y Dietética** con vigencia desde el 1 de enero de 2016 hasta el 31 de julio de 2016. **2.** Que mediante oficio No. 224-155 la Líder del Proceso de Nutrición solicita la suspensión del negocio jurídico desde el día uno (01) de junio de 2016 por incapacidad médica y posteriormente el reinicio a partir del uno (01) julio 2016. Por lo tanto, se procede conforme a las siguientes cláusulas: **CLÁUSULA PRIMERA:** Suspender temporalmente el Contrato de prestación de servicios No. **0893-2016**, a partir del 01 de junio de 2016, por el término de duración de la incapacidad medica un (01) mes. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Reiniciar el Contrato de prestación de servicios No. **0893-2016,** por el periodo dejado de ejecutar, es decir, un (01) mes, que se contaran a partir del 01 de julio de 2016, culminando el 31 de agosto de 2016. **CLÁUSULA TERCERA:** SUBROGACIÓN DE DERECHOS Y OBLIGACIONES.-Teniendo en cuenta que el proceso contractual se inició en vigencia de la normatividad aplicable a la fusionada ESE HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY, se aclara que mediante el Acuerdo 641 del 6 de Abril de 2016, expedido por el Concejo de Bogotá, D.C. se fusionaron las Empresa Sociales del Estado de Pablo VI Bosa, de Sur, Bosa, Fontibón y Occidente de Kennedy en la Empresa Social del Estado denominada Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., quien a partir de la suscripción del presente documento asume todos y cada uno de los derechos y obligaciones emanados del presente Contrato. **CLÁUSULA CUARTA:** Dar por aceptada la subrogación de derechos a favor de la E.S.E. Subred Integrada de Servicios de Salud por parte de la contratista. **CLÁUSULA QUINTA:** El presente documento se perfecciona con la firma de las partes.

Para constancia se firma en Bogotá, D.C. a los uno (01) días del mes junio de 2016.

ALEXANDRA RODRÍGUEZ GÓMEZ
Gerente Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
Unidad Occidente de Kennedy

Martha lucia choachi

MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO
CC. 51.997.599
Contratista

Aprobó: Nora Patricia Jurado Pabón – Asesora Jurídica - Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE. – Unidad Occidente de Kennedy
Revisó: Ramón Segura Molina – Profesional Universitario
Proyectó: Adriana González Rodríguez – Técnico I – Área de Contratación- Oficina Asesora Jurídica - Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE. – Unidad Occidente de Kennedy

Transversal 74 F No 40 B 54 Sur
PBX: 4480 030 – 4480 700
www.hospitaloccidentekennedy.gov.co
Información: Línea 195

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

4

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Chaachi	Colorado	Martha Lucia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 51 997 599 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: Colombia

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 30 MES 12 AÑO 1970

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Bogotá

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cll 48 A sur 13 48 este

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Bogotá

TELÉFONO 3115272550 EMAIL _____

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	X	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12 AÑO 1985

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),

ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Occidente Kennedy	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4-48-00-30	DÍA 04 MES 08 AÑO 2010	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de Cocina	Nutricion	Av. 1ra de mayo N°75A19 Sur

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ⊗ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Martha lucia Choachi

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS
SECRETARÍA DE SALUD
Hospital Occidente de Kennedy - Subred Sur Occidente E.S.E

ADICIÓN Y PRORROGA No. 1 AL CONTRATO No. 0893 de 2016 DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES DE APOYO A LA GESTION

SIG

MODALIDAD DE SELECCIÓN: CONTRATACIÓN DIRECTA		**CAUSAL: PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
ENTIDAD CONTRATANTE: **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E - UNIDAD PRESTADORA - OCCIDENTE DE KENNEDY**		NIT. No. 900.959.048-4
REPRESENTANTE LEGAL: **ALEXANDRA RODRIGUEZ GOMEZ**	C.C. No. 51.863.647 Bogotá D.C.	Decreto No. 171 del 08 de Abril de 2016 de la Secretaría de Salud en su Artículo 2, obrando en nombre y representación legal de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD – OCCIDENTE DE KENNEDY, con Nit No. 900.959.048-4, Establecimiento Público del Orden Distrital, creado mediante el Acuerdo 641 del 06 de Abril de 2016 expedido por el Concejo de Bogotá.
CONTRATISTA	**CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA**	**C. C. No.**51997599 de BOGOTA
ÁREA REQUIRENTE	**ÁREA DE NUTRICION Y DIETETICA**	**NIT.** 51997599 -3
DOMICILIO	BOGOTA D.C	**FECHA INICIO: 01-Mayo-2016** **FECHA TERMINACION:31-Mayo-2016**

CONSIDERACIONES

1. El contratante facultado mediante acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, Artículo 195 de la Ley 100 de 1993; Ley 1438 de 2011; las normas que rigen el Derecho Privado, y el contratista igualmente facultado para suscribir el presente documento, convienen de común acuerdo celebrar la presente Adición y Prorroga que se rige por las normas de Derecho Privado, y por las siguientes cláusulas:

CLAUSULA PRIMERA OBJETO: Adicionar y prorrogar el contrato de prestación de servicios cuyo objeto es AUXILIAR DE COCINA

CLAUSULA SEGUNDA: EJECUCIÓN: Prorrogar el termino de ejecución del contrato Prestación de Servicios en UN 1) MES, desde la fecha de inicio, previa expedición del registro presupuestal.

CLAUSULA TERCERA: VALOR: El valor de la presente adición y prorroga es la suma de:UN MILLON CIEN MIL PESOS 1.100.000 M/CTE.

CLAUSULA CUARTA- FORMA DE PAGO: El valor de la presente adición y prorroga se pagará de la siguiente manera: Mensualidades vencidas cada una por valor de UN MILLON CIEN MIL 1.100.000 M/CTE., y/o proporcional al número de días de ejecución del contrato con corte al día 30 de cada mes. Los desembolsos se efectuarán dentro de los quince (15) días calendario siguientes al vencimiento de cada pago, una vez se cuente con el respectivo PAC. El pago estará precedido de la certificación de cumplimiento a satisfacción expedida por el supervisor, previa presentación del informe correspondiente y acreditación del pago de los aportes al sistema de seguridad social en salud - pensión y riesgos laborales.

CLAUSULA QUINTA- DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL: El valor de la presente adición y prorroga cuenta con respaldo presupuestal según certificado de disponibilidad presupuestal (CDP) No. 599 de Fecha 28-Abril-2016 y con rubro 3110204 denominado:REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS **PARÁGRAFO:** En el evento de existir saldo en el CDP que ampara el presente contrato, éste debe ser liberado por la oficina de presupuesto de acuerdo a los procedimientos de la ESE.

CLAUSULA SEXTA- DOCUMENTOS INTEGRANTES DEL CONTRATO: Hacen parte del presente contrato los siguientes documentos: a) Hoja de Vida, soportes de idoneidad, antecedentes disciplinarios, fiscales y demás que se lleguen a requerir; b) Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP), Los demás documentos que se produzcan durante el desarrollo, ejecución y eventual liquidación del presente contrato.

CLAUSULA SEPTIMA- SUBROGACION DE DERECHOS Y OBLIGACIONES. 1. Que mediante el Acuerdo 041 del 6 de Abril de 2016, expedido por el Concejo de Bogotá, D.C. se fusionaron las Empresa Sociales del Estado de Pablo VI Bosa, de Sur, Bosa, Fontibón y Occidente de Kennedy en la Empresa Social del Estado denominada Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., identificada con el NIT No. 900.959.048-4, quien a partir de la suscripción del presente documento asume en nombre de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL, todos y cada uno de los derechos y obligaciones emanados del presente Contrato. 2. Que el contratista acepta la subrogación de los derechos y obligaciones emanadas del presente contrato.

CLAUSULA OCTAVA: Las demás cláusulas del contrato primigenio continúan vigentes. **PARAGRAFO: PERFECCIONAMIENTO:** El presente documento se perfecciona con la firma de las partes y la expedición del Registro Presupuestal

En constancia se firma en la ciudad de Bogotá D. C., a los **29-Abril-2016**

Dra. ALEXANDRA RODRIGUEZ GOMEZ
Gerente
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. –Occidente de Kennedy

CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA
CC.51997599
Contratista

9

Revisó y Aprobó: Diego Naranjo Durán- Referente de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE –Occidente de Kennedy-: Jhon Alexander López Martínez UPS Occidente de Kennedy. -Ginna Paola Sabogal UPS Del Sur

Proyectó: Ricardo M. Giraldo P. - *Técnico II* – Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE–Unidad Prestadora Occidente de Kennedy

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE- Unidad Prestadora - Occidente de Kennedy certifica que el aquí contratista no tiene antecedentes penales, disciplinarios ni fiscales que me impiden celebrar y ejecutar el presente contrato.

MODALIDAD DE SELECCIÓN: CONTRATACIÓN DIRECTA		**CAUSAL: PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
ENTIDAD CONTRATANTE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL**		NIT. No. 800.196.939-3
REPRESENTANTE LEGAL: **JUAN ERNESTO OVIEDO HERNANDEZ**	C.C. No. 19.257.058 Bogotá D.C.	Decreto No. 211 del 8 de Mayo de 2012, obrando en nombre y representación legal de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL, con Nit No. 800.196.939-3, Establecimiento Público del Orden Distrital, creado mediante el Acuerdo 20 de 1990, transformado en Empresa Social del Estado mediante Acuerdo No. 17 de 1997, emanado del Concejo de Bogotá, quien en adelante se denominará LA EMPRESA
CONTRATISTA	**CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA**	**C. C. No.**51997599 de BOGOTA
ÁREA REQUIRENTE	**ÁREA DE NUTRICION Y DIETETICA**	**NIT.** 51997599 -3
DOMICILIO	BOGOTA D.C	**FECHA INICIO: 01-Enero-2016** **FECHA TERMINACION:30-Abril-2016**

CONSIDERACIONES: 1) Que en razón a que en planta de personal no se en cuenta con este cargo 2) Que mediante Resolución No. 337 - 373 de 2015 se establece la tabla de honorarios de contratistas para la prestación de servicios personales de apoyo a la gestión a contratar. 3) El presente contrato se rige por lo dispuesto en el Acuerdo 06 de 2014, lo reglamentado en Manual Interno de Contratación de la ESE, adoptado mediante la Resolución 255 de 2014, y en especial por las siguientes clausulas:

CLAUSULAS CONTRACTUALES

CLAUSULA PRIMERA OBJETO: AUXILIAR DE COCINA

CLAUSULA SEGUNDA: EJECUCIÓN: El plazo para la ejecución del presente contrato es de CUATRO 4) MESES, contados a partir de la fecha de inicio, previa expedición del registro presupuestal, cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del mismo.

CLAUSULA TERCERA: VALOR: El valor del presente contrato es la suma de:CUATRO MILLONES CUATROSCIENTOS MIL PESOS 4.400.000M/CTE.

CLAUSULA CUARTA- FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato se pagará de la siguiente manera: Mensualidades vencidas cada una por valor de UN MILLON CIEN MIL 1.100.000 M/CTE., y/o proporcional al número de días de ejecución del contrato con corte al día 30 de cada mes. Los desembolsos se efectuarán dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes al vencimiento de cada pago, una vez se cuente con el respectivo PAC. El pago estará precedido de la certificación de cumplimiento a satisfacción expedida por el supervisor, previa presentación del informe correspondiente y acreditación del pago de los aportes al sistema de seguridad social en salud - pensión y riesgos laborales.

CLAUSULA QUINTA- PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN: El presente Contrato requiere para su perfeccionamiento y ejecución la firma de las partes, la acreditación de encontrarse El Contratista a paz y salvo por concepto de aportes al sistema de seguridad social en salud - pensión y riesgos laborales y la aprobación de las garantías de ser exigida.

CLAUSULA SEXTA- DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL: El valor del presente Contrato cuenta con respaldo presupuestal según certificado de disponibilidad presupuestal (CDP) No. 4 de Fecha 01-Enero-2016 y con rubro 3110204 denominado:REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS **PARÁGRAFO:** En el evento de existir saldo en el CDP que ampara el presente contrato, éste debe ser liberado por la oficina de presupuesto de acuerdo a los procedimientos de la ESE.

CLAUSULA SEPTIMA- SUPERVISIÓN: Será ejercida por el Subgerente de Prestación de Servicios de Salud de la Entidad y/o quién haga de sus veces.

CLAUSULA OCTAVA- IDONEIDAD Y/O EXPERIENCIA: Que de acuerdo con la verificación previa realizada por el responsable del área que realizó el requerimiento o quien haga sus veces, de la documentación allegada por el contratista para acreditar la capacidad de ejecutar el objeto del contrato, se deja constancia en el presente documento de la Idoneidad y/o experiencia requerida para el desarrollo del objeto contractual.

CLAUSULA NOVENA: DOCUMENTOS INTEGRANTES DEL CONTRATO: Hacen parte del presente contrato los siguientes documentos: **a)** Hoja de Vida, soportes de idoneidad, antecedentes disciplinarios, fiscales y demás que se lleguen a requerir; **b)** Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP), **c)** Certificado de Inexistencia e Insuficiencia de Personal, **d)** Prueba de ejecución. Los demás documentos que se produzcan durante el desarrollo, ejecución y eventual liquidación del presente contrato.

CLAUSULA DECIMA - LIQUIDACIÓN: No procede, salvo que al terminar el contrato, se presenten saldos en la ejecución caso en el cual procederá a la respectiva liquidación, previa solicitud por parte del supervisor.

MODALIDAD DE SELECCIÓN: CONTRATACIÓN DIRECTA		**CAUSAL: PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
ENTIDAD CONTRATANTE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL**		NIT. No. 800.196.939-3
REPRESENTANTE LEGAL: **JUAN ERNESTO OVIEDO HERNANDEZ**	C.C. No. 19.257.058 Bogotá D.C.	Decreto No. 211 del 8 de Mayo de 2012, obrando en nombre y representación legal de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL, con Nit No. 800.196.939-3, Establecimiento Público del Orden Distrital, creado mediante el Acuerdo 20 de 1990, transformado en Empresa Social del Estado mediante Acuerdo No. 17 de 1997, emanado del Concejo de Bogotá, quien en adelante se denominará LA EMPRESA
CONTRATISTA	**CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA**	**C. C. No.** 51997599 de BOGOTA
AREA REQUIRENTE	**AREA DE NUTRICION Y DIETETICA**	**NIT.** 51997599 -3
DOMICILIO	BOGOTA D.C	**FECHA INICIO: 1-oct-2015** **FECHA TERMINACION:31-dic-2015**

CONSIDERACIONES: 1) Que en razón a que en planta de personal no se en cuenta con este cargo 2) Que mediante Resolución No. 337 - 373 de 2015 se establece la tabla de honorarios de contratistas para la prestación de servicios personales de apoyo a la gestión a contratar. 3) El presente contrato se rige por lo dispuesto en el Acuerdo 06 de 2014, lo reglamentado en Manual Interno de Contratación de la ESE, adoptado mediante la Resolución 255 de 2014, y en especial por las siguientes clausulas:

CLAUSULAS CONTRACTUALES

CLAUSULA PRIMERA OBJETO: AUXILIAR DE COCINA

CLAUSULA SEGUNDA: EJECUCIÓN: El plazo para la ejecución del presente contrato es de TRES (3) MESES, contados a partir de la fecha de inicio, previa expedición del registro presupuestal, cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del mismo.

CLAUSULA TERCERA: VALOR: El valor del presente contrato es la suma de:TRES MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS ($3.300.000) M/CTE.

CLAUSULA CUARTA- FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato se pagará de la siguiente manera: Mensualidades vencidas cada una por valor de MILLON CIEN MIL ($1.100.000) M/CTE., y/o proporcional al número de días de ejecución del contrato con corte al día 30 de cada mes. Los desembolsos se efectuarán dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes al vencimiento de cada pago, una vez se cuente con el respectivo PAC. El pago estará precedido de la certificación de cumplimiento a satisfacción expedida por el supervisor, previa presentación del informe correspondiente y acreditación del pago de los aportes al sistema de seguridad social en salud - pensión y riesgos laborales.

CLAUSULA QUINTA- PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN: El presente Contrato requiere para su perfeccionamiento y ejecución la firma de las partes, la acreditación de encontrarse El Contratista a paz y salvo por concepto de aportes al sistema de seguridad social en salud - pensión y riesgos laborales y la aprobación de las garantías de ser exigida.

CLAUSULA SEXTA- DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL: El valor del presente Contrato cuenta con respaldo presupuestal según certificado de disponibilidad presupuestal (CDP) No. 866 de Fecha 9/24/2015 y con rubro 3110204 denominado:REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS **PARÁGRAFO:** En el evento de existir saldo en el CDP que ampara el presente contrato, éste debe ser liberado por la oficina de presupuesto de acuerdo a los procedimientos de la ESE.

CLAUSULA SEPTIMA- SUPERVISIÓN: Será ejercida por el Profesional Responsable del/la AREA DE NUTRICION Y DIETETICA de la Entidad y/o quién haga de sus veces.

CLAUSULA OCTAVA- IDONEIDAD Y/O EXPERIENCIA: Que de acuerdo con la verificación previa realizada por el responsable del área que realizó el requerimiento o quien haga sus veces, de la documentación allegada por el contratista para acreditar la capacidad de ejecutar el objeto del contrato, se deja constancia en el presente documento de la Idoneidad y/o experiencia requerida para el desarrollo del objeto contractual.

CLAUSULA NOVENA: DOCUMENTOS INTEGRANTES DEL CONTRATO: Hacen parte del presente contrato los siguientes documentos: **a)** Hoja de Vida, soportes de idoneidad, antecedentes disciplinarios, fiscales y demás que se lleguen a requerir; **b)** Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP), **c)** Certificado de Inexistencia e Insuficiencia de Personal, **d)** Prueba de ejecución. Los demás documentos que se produzcan durante el desarrollo, ejecución y eventual liquidación del presente contrato.

CLAUSULA DECIMA - LIQUIDACIÓN: No procede, salvo que al terminar el contrato, se presenten saldos en la ejecución caso en el cual procederá a la respectiva liquidación, previa solicitud por parte del supervisor.

MODALIDAD DE SELECCIÓN: CONTRATACIÓN DIRECTA		CAUSAL: PRESTACIÓN DE SERVICIOS
ENTIDAD CONTRATANTE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL		NIT. No. 800.196.939-3
REPRESENTANTE LEGAL: JUAN ERNESTO OVIEDO HERNANDEZ	C.C. No. 19.257.058 Bogotá D.C.	Decreto No. 211 del 8 de Mayo de 2012, obrando en nombre y representación legal de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL, con Nit No. 800.196.939-3, Establecimiento Público del Orden Distrital, creado mediante el Acuerdo 20 de 1990, transformado en Empresa Social del Estado mediante Acuerdo No. 17 de 1997, emanado del Concejo de Bogotá, quien en adelante se denominará LA EMPRESA
CONTRATISTA	CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA	C. C. No. 51997599 de BOGOTA
AREA REQUIRENTE	AREA DE NUTRICION Y DIETETICA	NIT. 51997599 -3
DOMICILIO	BOGOTA D.C	FECHA INICIO: 01-jul-2015 FECHA TERMINACION:31-ago-2015

CONSIDERACIONES: 1) Que en razón a que en planta de personal no se en cuenta con este cargo 2) Que mediante Resolución No. 337 - 373 de 2015 se establece la tabla de honorarios de contratistas para la prestación de servicios personales de apoyo a la gestión a contratar. 3) El presente contrato se rige por lo dispuesto en el Acuerdo 06 de 2014, lo reglamentado en Manual Interno de Contratación de la ESE, adoptado mediante la Resolución 255 de 2014, y en especial por las siguientes clausulas:

CLAUSULAS CONTRACTUALES

CLAUSULA PRIMERA OBJETO: AUXILIAR DE COCINA

CLAUSULA SEGUNDA: EJECUCIÓN: El plazo para la ejecución del presente contrato es de DOS (2) MESES, contados a partir de la fecha de inicio, previa expedición del registro presupuestal, cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del mismo.

CLAUSULA TERCERA: VALOR: El valor del presente contrato es la suma de:DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($2.200.000) M/CTE.

CLAUSULA CUARTA- FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato se pagará de la siguiente manera: Mensualidades vencidas cada una por valor de UN MILLON CIEN MIL ($1.100.000) M/CTE., y/o proporcional al número de días de ejecución del contrato con corte al día 30 de cada mes. Los desembolsos se efectuarán dentro de los treinta (30) dias hábiles siguientes al vencimiento de cada pago, una vez se cuente con el respectivo PAC. El pago estará precedido de la certificación de cumplimiento a satisfacción expedida por el supervisor, previa presentación del informe correspondiente y acreditación del pago de los aportes al sistema de seguridad social en salud - pensión y riesgos laborales.

CLAUSULA QUINTA- PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN: El presente Contrato requiere para su perfeccionamiento y ejecución la firma de las partes, la acreditación de encontrarse El Contratista a paz y salvo por concepto de aportes al sistema de seguridad social en salud - pensión y riesgos laborales y la aprobación de las garantías de ser exigida.

CLAUSULA SEXTA- DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL: El valor del presente Contrato cuenta con respaldo presupuestal según certificado de disponibilidad presupuestal (CDP) No. 582 de Fecha 6/23/2015 y con rubro 3110204 denominado:REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS **PARÁGRAFO:** En el evento de existir saldo en el CDP que ampara el presente contrato, éste debe ser liberado por la oficina de presupuesto de acuerdo a los procedimientos de la ESE.

CLAUSULA SEPTIMA- SUPERVISIÓN: Será ejercida por el Profesional Responsable del/la ÁREA DE NUTRICION Y DIETETICA de la Entidad y/o quién haga de sus veces.

CLAUSULA OCTAVA- IDONEIDAD Y/O EXPERIENCIA: Que de acuerdo con la verificación previa realizada por el responsable del área que realizó el requerimiento o quien haga sus veces, de la documentación allegada por el contratista para acreditar la capacidad de ejecutar el objeto del contrato, se deja constancia en el presente documento de la Idoneidad y/o experiencia requerida para el desarrollo del objeto contractual.

CLAUSULA NOVENA: DOCUMENTOS INTEGRANTES DEL CONTRATO: Hacen parte del presente contrato los siguientes documentos: **a)** Hoja de Vida, soportes de idoneidad, antecedentes disciplinarios, fiscales y demás que se lleguen a requerir; **b)** Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP), **c)** Certificado de Inexistencia e Insuficiencia de Personal, **d)** Prueba de ejecución. Los demás documentos que se produzcan durante el desarrollo, ejecución y eventual liquidación del presente contrato.

CLAUSULA DECIMA - LIQUIDACIÓN: No procede, salvo que al terminar el contrato, se presenten saldos en la ejecución caso en el cual procederá a la respectiva liquidación, previa solicitud por parte del supervisor.

MODALIDAD DE SELECCIÓN: CONTRATACIÓN DIRECTA **CAUSAL: PRESTACIÓN DE SERVICIOS**			**CONTRATO No.4048 -2015**
ENTIDAD CONTRATANTE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL		NIT. No. 800.196.939-3
REPRESENTANTE LEGAL	**JUAN ERNESTO OVIEDO HERNANDEZ**	C.C. No. 19.257.058 Bogotá D.C.	Decreto No. 211 del 8 de Mayo de 2012, obrando en nombre y representación legal de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL, con Nit No. 800-196-939-3, Establecimiento Público del Orden Distrital, creado mediante el Acuerdo 20 de 1990, transformado en Empresa Social del Estado mediante Acuerdo No. 17 de 1997, emanado del Concejo de Bogotá, quien en adelante se denominará LA EMPRESA
CONTRATISTA	**CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA**	**C. C. No.** 51997599 de BOGOTA	**NIT.** 51997599 -3
DOMICILIO	BOGOTA D.C	**FECHA INICIO: 16-jun-2015** **FECHA TERMINACION:30-jun-2015**	

CONSIDERACIONES: 1) Que la ESE Hospital de Kennedy III nivel elaboró los estudios y documentos previos para la prestación de los servicios objeto de la presente contratación y solicitó a la oficina Asesora Jurídica y contratación la elaboración del presente contrato, para lo cual aportó los soportes necesarios. **2)** Que este servicio se encuentra identificado con el requerimiento de fecha 16-06-2015 área/oficina ÁREA DE NUTRICION Y DIETETICA dentro del Plan de Contratación de sub Gerencia PRESTACIÓN DE SERVICIOS de la ESE Hospital de Kennedy III nivel. **3)** Que la actividad a contratar se encuentra incluida en el Plan Anual de Adquisiciones.

ESTIPULACIONES CONTRACTUALES

1) OBJETO: AUXILIAR DE COCINA

2) ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES Y/O PRODUCTOS DE EL CONTRATISTA: En cumplimiento del objeto descrito anteriormente, se considera necesario el desarrollo de las actividades descritas en el citado requerimiento allegadas por la respectiva área la cual forma parte integral de la presente orden.

3) PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo para la ejecución del presente contrato es de QUINCE (15) DIAS, contados a partir de la suscripción del presente contrato previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del mismo.

4) VALOR: El valor del presente contrato es la suma de:QUINIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($550.000) M/CTE.

5) FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato se pagará de la siguiente manera: proporcional al número de dias de ejecución del contrato con corte al día 30 de cada mes. Los desembolsos se efectuarán dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al vencimiento de cada pago. El pago estará precedido de la certificación de cumplimiento a satisfacción expedida por el supervisor, previa presentación del informe correspondiente y acreditación del pago de los aportes al sistema de seguridad social en salud - pensión y riesgos laborales.

6) PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN: El presente Contrato requiere para su perfeccionamiento y ejecución la firma de las partes, la acreditación de encontrarse El Contratista a paz y salvo por concepto de aportes al sistema de seguridad social en salud - pensión y riesgos laborales y la aprobación de las garantías de ser exigida.

DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL: La Entidad Contratante pagará al Contratista el valor del presente Contrato con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal (CDP) No. 546 de Fecha 6/12/2015 y con rubro 3110204 denominado: REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS .

REGISTRO Y APROPIACIONES PRESUPUESTALES: El presente Contrato está sujeto a registro presupuestal y el pago de su valor a las apropiaciones presupuestales. **PARÁGRAFO:** En el evento de existir saldo en el CDP que ampara el presente contrato, éste debe ser liberado por la oficina de presupuesto en el momento de expedir el registro presupuestal.

7) SUPERVISOR: Será ejercida por el Profesional Responsable del/la ÁREA DE NUTRICION Y DIETETICA de la Entidad y/o quién haga de sus veces.

9) IDONEIDAD Y/O EXPERIENCIA: Que de acuerdo con la verificación previa realizada por el responsable del área que realizo el requerimiento o quien haga sus veces, de la documentación allegada por el contratista para acreditar la capacidad de ejecutar el objeto del contrato, se deja constancia en el presente documento de la Idoneidad y/o experiencia requerida para el desarrollo del objeto contractual contenida en los estudios previos.

10) El presente contrato requiere de su publicación en la página web del Hospital y en el Secoop.

11) DOCUMENTOS INTEGRANTES DEL CONTRATO: Hacen parte del presente contrato los siguientes documentos: **a)** Estudios y documentos previos; **b)** Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP), **c)** Certificado de Inexistencia e Insuficiencia de Personal, y **d)** Los demás documentos que se produzcan durante el desarrollo, ejecución y eventual liquidación del presente contrato.

12) PROCEDE LIQUIDACIÓN: No procede, salvo que al terminar el contrato, en el Estado de Cuenta expedido por la oficina de presupuesto se presenten saldos. En consecuencia es obligación del supervisor requerir al finalizar el contrato este estado de cuenta y en el evento de presentarse saldo procederá a la respectiva liquidación. Por parte del área competente.

13

MODALIDAD DE SELECCIÓN: CONTRATACIÓN DIRECTA CAUSAL: PRESTACIÓN DE SERVICIOS			CONTRATO No.3866 -2015
ENTIDAD CONTRATANTE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL		NIT. No. 800.196.939-3
REPRESENTANTE LEGAL	JUAN ERNESTO OVIEDO HERNANDEZ	C.C. No. 19.257.058 Bogotá D.C.	Decreto No. 211 del 8 de Mayo de 2012, obrando en nombre y representación legal de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL, con Nit No. 800-196-939-3, Establecimiento Público del Orden Distrital, creado mediante el Acuerdo 20 de 1990, transformado en Empresa Social del Estado mediante Acuerdo No. 17 de 1997, emanado del Concejo de Bogotá, quien en adelante se denominará LA EMPRESA
CONTRATISTA	CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA	C. C. No. 51997599 de BOGOTA	NIT. 51997599 -3
DOMICILIO	BOGOTA D.C	FECHA INICIO: 1-jun-2015 FECHA TERMINACION:15-jun-2015	

CONSIDERACIONES: 1) Que la ESE Hospital de Kennedy III nivel elaboró los estudios y documentos previos para la prestación de los servicios objeto de la presente contratación y solicitó a la oficina Asesora Jurídica y contratación la elaboración del presente contrato, para lo cual aportó los soportes necesarios. **2)** Que este servicio se encuentra identificado con el requerimiento de fecha 01-06--2015 área/oficina ÁREA DE NUTRICION Y DIETETICA dentro del Plan de Contratación de sub Gerencia PRESTACIÓN DE SERVICIOS de la ESE Hospital de Kennedy III nivel. **3)** Que la actividad a contratar se encuentra incluida en el Plan Anual de Adquisiciones.

ESTIPULACIONES CONTRACTUALES

1) OBJETO: AUXILIAR DE COCINA

2) ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES Y/O PRODUCTOS DE EL CONTRATISTA: En cumplimiento del objeto descrito anteriormente, se considera necesario el desarrollo de las actividades descritas en el citado requerimiento allegadas por la respectiva área la cual forma parte integral de la presente orden.

3) PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo para la ejecución del presente contrato es de QUINCE (15) DIAS, contados a partir de la suscripción del presente contrato previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del mismo.

4) VALOR: El valor del presente contrato es la suma de:QUINIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($550.000) M/CTE

5) FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato se pagará de la siguiente manera: proporcional al número de días de ejecución del contrato con corte al día 30 de cada mes. Los desembolsos se efectuarán dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al vencimiento de cada pago. El pago estará precedido de la certificación de cumplimiento a satisfacción expedida por el supervisor, previa presentación del informe correspondiente y acreditación del pago de los aportes al sistema de seguridad social en salud - pensión y riesgos laborales.

6) PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN: El presente Contrato requiere para su perfeccionamiento y ejecución la firma de las partes, la acreditación de encontrarse El Contratista a paz y salvo por concepto de aportes al sistema de seguridad social en salud - pensión y riesgos laborales y la aprobación de las garantías de ser exigida.

DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL: La Entidad Contratante pagará al Contratista el valor del presente Contrato con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal (CDP) No. 510 de Fecha 5/31/2015 y con rubro 3110204 denominado: REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS .

REGISTRO Y APROPIACIONES PRESUPUESTALES: El presente Contrato está sujeto a registro presupuestal y el pago de su valor a las apropiaciones presupuestales. **PARÁGRAFO:** En el evento de existir saldo en el CDP que ampara el presente contrato, éste debe ser liberado por la oficina de presupuesto en el momento de expedir el registro presupuestal.

7) SUPERVISOR: Será ejercida por el Profesional Responsable del/la ÁREA DE NUTRICION Y DIETETICA de la Entidad y/o quién haga de sus veces.

9) IDONEIDAD Y/O EXPERIENCIA: Que de acuerdo con la verificación previa realizada por el responsable del área que realizo el requerimiento o quien haga sus veces, de la documentación allegada por el contratista para acreditar la capacidad de ejecutar el objeto del contrato, se deja constancia en el presente documento de la Idoneidad y/o experiencia requerida para el desarrollo del objeto contractual contenida en los estudios previos.

10) El presente contrato requiere de su publicación en la página web del Hospital y en el Secoop.

11) DOCUMENTOS INTEGRANTES DEL CONTRATO: Hacen parte del presente contrato los siguientes documentos: **a)** Estudios y documentos previos; **b)** Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP), **c)** Certificado de Inexistencia e Insuficiencia de Personal, y **d)** Los demás documentos que se produzcan durante el desarrollo, ejecución y eventual liquidación del presente contrato.

12) PROCEDE LIQUIDACIÓN: No procede, salvo que al terminar el contrato, en el Estado de Cuenta expedido por la oficina de presupuesto se presenten saldos. En consecuencia es obligación del supervisor requerir al finalizar el contrato este estado de cuenta y en el evento de presentarse saldo procederá a la respectiva liquidación. Por parte del área competente.

14

MODALIDAD DE SELECCIÓN: CONTRATACIÓN DIRECTA **CAUSAL: PRESTACIÓN DE SERVICIOS**			**CONTRATO No.3464 -2015**
ENTIDAD CONTRATANTE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL		NIT. No. 800.196.939-3
REPRESENTANTE LEGAL	**JUAN ERNESTO OVIEDO HERNANDEZ**	C.C. No. 19.257.058 Bogotá D.C.	Decreto No. 211 del 8 de Mayo de 2012, obrando en nombre y representación legal de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL, con Nit No. 800-196-939-3, Establecimiento Público del Orden Distrital, creado mediante el Acuerdo 20 de 1990, transformado en Empresa Social del Estado mediante Acuerdo No. 17 de 1997, emanado del Concejo de Bogotá, quien en adelante se denominará LA EMPRESA
CONTRATISTA	**CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA**	**C. C. No.** 51997599 de BOGOTA	**NIT.** 51997599 -3
DOMICILIO	BOGOTA D.C	**FECHA INICIO: 1-may-2015** **FECHA TERMINACION:30-jun-2015**	

CONSIDERACIONES: 1) Que la ESE Hospital de Kennedy III nivel elaboró los estudios y documentos previos para la prestación de los servicios objeto de la presente contratación y solicitó a la oficina Asesora Jurídica y contratación la elaboración del presente contrato, para lo cual aportó los soportes necesarios. **2)** Que este servicio se encuentra identificado con el requerimiento de fecha 01-05-2015 área/oficina ÁREA DE NUTRICION Y DIETETICA dentro del Plan de Contratación de sub Gerencia PRESTACIÓN DE SERVICIOS de la ESE Hospital de Kennedy III nivel. **3)** Que la actividad a contratar se encuentra incluida en el Plan Anual de Adquisiciones.

ESTIPULACIONES CONTRACTUALES

1) OBJETO: AUXILIAR DE COCINA

2) ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES Y/O PRODUCTOS DE EL CONTRATISTA: En cumplimiento del objeto descrito anteriormente, se considera necesario el desarrollo de las actividades descritas en el citado requerimiento allegadas por la respectiva área la cual forma parte integral de la presente orden.

3) PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo para la ejecución del presente contrato es de DOS (2) MESES, contados a partir de la suscripción del presente contrato previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del mismo.

4) VALOR: El valor del presente contrato es la suma de:DOS MILLONES OCHENTA MIL PESOS ($2.080.000) M/CTE.

5) FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato se pagará de la siguiente manera: Mensualidades vencidas cada una por valor de UN MILLON CUARENTA MIL ($1.040.000) M/CTE., y/o proporcional al número de días de ejecución del contrato con corte al día 30 de cada mes. Los desembolsos se efectuarán dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes al vencimiento de cada pago, una vez se cuente con el respectivo PAC. El pago estará precedido de la certificación de cumplimiento a satisfacción expedida por el supervisor, previa presentación del informe correspondiente y acreditación del pago de los aportes al sistema de seguridad social en salud - pensión y riesgos laborales.

6) PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN: El presente Contrato requiere para su perfeccionamiento y ejecución la firma de las partes, la acreditación de encontrarse El Contratista a paz y salvo por concepto de aportes al sistema de seguridad social en salud - pensión y riesgos laborales y la aprobación de las garantías de ser exigida.

DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL: La Entidad Contratante pagará al Contratista el valor del presente Contrato con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal (CDP) No. 441 de Fecha 1-may-2015 y con rubro 3110204 denominado:REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS.

REGISTRO Y APROPIACIONES PRESUPUESTALES: El presente Contrato está sujeto a registro presupuestal y el pago de su valor a las apropiaciones presupuestales. **PARÁGRAFO:** En el evento de existir saldo en el CDP que ampara el presente contrato, éste debe ser liberado por la oficina de presupuesto en el momento de expedir el registro presupuestal.

7) SUPERVISOR: Será ejercida por el Profesional Responsable del/la ÁREA DE NUTRICION Y DIETETICA de la Entidad y/o quién haga de sus veces.

9) IDONEIDAD Y/O EXPERIENCIA: Que de acuerdo con la verificación previa realizada por el responsable del área que realizo el requerimiento o quien haga sus veces, de la documentación allegada por el contratista para acreditar la capacidad de ejecutar el objeto del contrato, se deja constancia en el presente documento de la Idoneidad y/o experiencia requerida para el desarrollo del objeto contractual contenida en los estudios previos.

10) El presente contrato requiere de su publicación en la página web del Hospital y en el Secoop.

11) DOCUMENTOS INTEGRANTES DEL CONTRATO: Hacen parte del presente contrato los siguientes documentos: **a)** Estudios y documentos previos; **b)** Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP), **c)** Certificado de Inexistencia e Insuficiencia de Personal, y **d)** Los demás documentos que se produzcan durante el desarrollo, ejecución y eventual liquidación del presente contrato.

12) PROCEDE LIQUIDACIÓN: No procede, salvo que al terminar el contrato, en el Estado de Cuenta expedido por la oficina de presupuesto se presenten saldos. En consecuencia es obligación del supervisor requerir al finalizar el contrato este estado de cuenta y en el evento de presentarse saldo procederá a la respectiva liquidación. Por parte del área competente.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICACION DE ACTIVIDADES

LA JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA

CER.1251-12

C E R T I F I C A :

Que **MARTHA LUCIA CHOACHI** *Identificado con cédula de ciudadanía No.* 51.997.599, Ha suscrito con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO III - HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL las siguientes Ordenes De Prestación de Servicios:

ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIO No.	VALOR TOTAL CONTRATO/ORDEN DE SERVICIO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	TIEMPO TOTAL MESES- DIAS*
4374	920.000	03-09-10	02-10-10	1 MES
4423	858.667	03-10-10	31-10-10	28 DIAS
4564	920.000	01-11-10	31-12-10	2 MESES
670	1.840.000	01-01-11	28-02-11	2 MESES
1454	1.840.000	01-03-12	30-04-11	2 MESES
2366	1.840.000	01-05-11	30-06-11	2 MESES
2366	1.840.000	01-05-11	30-06-11	2 MESES
2771	1.840.000	01-07-11	31-08-11	2 MESES
3564	1.840.000	01-09-11	31-10-11	2 MESES
4779	920.000	01-11-11	30-11-11	1 MES
4779-A	920.000	01-12-11	31-12-11	1 MES
510	920.000	01-01-12	31-01-12	1 MES

Proyecto: Oscar González- Técnico Administrativo II

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICACION DE ACTIVIDADES

1192	920.000	01-02-12	29-02-12	1 MES
1977	1.840.000	01-03-12	30-04-12	2 MESES
2839	1.840.000	01-05-12	30-06-12	2 MESES
3672	1.840.000	01-07-12	31-08-12	2 MESES

Se expide en Bogotá, Distrito Capital, a solicitud del interesado con base en la información existente en la oficina Juridica Área de Contratación a los 17 dias del mes de Julio de 2012.

CLAUDIA PATRICIA PEDREROS CASTELLANOS
JEFE OFICINA ASESORA JURIDICA

Proyecto: Oscar González- Técnico Administrativo II

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 3 de noviembre de 2016, a las 18:28:35, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	51.997.599
Código de Verificación	538259102016

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

SORAYA VARGAS PULIDO

Digitó y Revisó: Vía Web

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.

JHHC

16

SIBOR

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACIÓN

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 88011778

WEB
18:21:26

Bogotá DC, 03 de noviembre del 2016

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 51997599:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 1357844

Bogotá D.C., 3 de Noviembre de 2016 - 18:27 pm

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO**, quien se identifica con la CEDULA DE CIUDADANIA No.: **CINCUENTA Y UN MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE** de BOGOTA D.C

51997599

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Articulo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el articulo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que a la fecha, 03/11/2016 a las 18:18:37 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 51997599 y Nombres: CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de acuerdo con el art. 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la Policía Nacional más cercanas.
Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

Volver al Inicio

Todos los derechos reservados 2011.

DIAN® Direcciones de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14261430611

(415)7707212489984(8020) 000001426143061 1

5. Número de identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 1 9 9 7 5 9 9	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	5 1 9 9 7 5 9 9	1 9 8 9 0 2 2 8

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CHOACHI	COLORADO	MARTHA	LUCIA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 68 K 39 C SUR 18

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
		7 9 2 6 0 1 8	3 1 1 5 2 7 2 5 5 0

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 0 6 0 3 0 8						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
53. Código:	1	2																

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI X NO | 60. No. de Folios: 3 | 61. Fecha: 2 0 1 3 1 0 0 9

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: NIÑO GONZALEZ JOSE ARBEY

985. Cargo: Gestor I

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 18-07-2016 01:17:04PM

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 04-11-2016
Hora: 3:15:46 PM

CONTRIBUYENTE CC 51997599 MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO

Información

Dirección CL 48A SUR 13 48 ESTE

Teléfonos 3115272550

Dirección

Fax

Información de

Fecha Inscripción 04/11/2016

Soporte Inscripción 16477409

Fecha Inicio Actividades 01/01/2015

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

Departamento Administrativo de la FUNCIÓN PÚBLICA
República de Colombia

PROSPERIDAD PARA TODOS

FORMULARIO UNICO
IÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Martha Lucia Chaachi Colorado

IDENTIFICADO CON: C.C. C.E. T.I. N° 51997599 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio

Dirección Cll-4BA Sur # 1348 Este Teléfonos 3115272550

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Michael Andres Gonzalez Chaachi	1022417938	Hijo
Brayan Gonzalez Chaachi	1000221436	Hijo

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	9'900.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 9'900.000

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son :

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2 DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos :

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones :

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad : SI ☐ NO ☐ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con :

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÒNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐	Nº

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes :

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Marthalucia choachi
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogota 01- 11 2017
CIUDAD Y FECHA

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2016-07-08, 11:53:47 AM Tipo Planilla: I. PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 8805606220

Periodo Cotización: julio de 2016 Periodo Servicio: julio de 2016 Referencia pago (PIN): 8859954840

GUARDADA 08/07/2016

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO				
Documento	CC51997599	Dirección	DG 48 S 13 ETE 46		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	7184457		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	BOGOTA	Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA	Identificación	CC51997599		

IMPORTANTE: Señor aportante si usted realiza el pago de su aporte después de las 4:00 PM este se hará efectivo al día habil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago. SIMPLE S.A: da por entendido que el aportante está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 51997599	CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA	03	00																0	30	30	30	0	COLFONDOS	$ 689.455	$ 110.313	CRUZ BLANCA EPS	$ 689.455	$ 86.200	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	$ 689.455	$ 16.800	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 213.313

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 689.455	$ 689.455	$ 689.455	$ 0	$ 110.313	$ 0	$ 0	$ 86.200	$ 16.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 213.313	$ 0	$ 213.313

IV.INFORMACION

Día hábil de pago sin mora
15

Periodo de cotización salud												
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Cafam-Colsubsidio-Mercadroguerias Cafam-Colsubsidio-

8888599548400000000991231

Grupo Éxito-Bancompartir-Comfandi Grupo Éxito-

(415)7709998485884(8020)8859954840(3900)0000000(96)20991231

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del Pais: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2016-07-08, 12:00:54 PM Tipo Planilla: I. PLANILLA INDEPENDIENTES Numéro Planilla: 8805606220

Periodo Cotización: julio de 2016 Periodo Servicio: julio de 2016 Referencia pago (PIN): 8859954840

PAGADO 08/07/2016

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO		
Documento	CC51997599	**Dirección**	DG 48 S 13 ETE 46
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7184457
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA	**Identificación**	CC 51997599
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 51997599	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO	03	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 689.455	$ 110.313	(EPS023) CRUZ BLANCA EPS	$ 689.455	$ 86.200	2,436	$ 689.455	$ 16.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 213.313

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 689.455	$ 689.455	$ 689.455	$ 0	$ 110.313	$ 86.200	$ 16.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 213.313	$ 0	$ 213.313

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO, identificado(a) con C.C 51.997.599, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a la fecha 18 de julio de 2016.

El presente certificado emitido contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado comuníquese con nuestro Contact center al 748 4888 en Bogotá, 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín, gratis desde el resto del país al 01 800 05 10000 e-mail serviciocliente@colfondos.com.co

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

25

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

2016/08/16

BOGOTA
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la señora MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO
con Cédula de Ciudadanía número 51997599
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número	000570092296
Fecha Apertura	2010/09/10

Cordialmente,

DAVIVIENDA
0084 - OFICINA VEINTE DE JULIO

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.
NIT 860.034.3.13-2
AH 170-1 Res. N° -0

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

INGRESO INDEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de Identificación:	800196939
Número de Afiliación:	178818
Razón Social:	HOSPITAL OCCIDENTE KENNEDY

DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Tipo de Identificación:	CÉDULA
Número de Identificación:	51997599
Nombre:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO
Fecha Inicio de Contrato:	01/04/2015
Fecha Fin de Contrato:	31/12/2015
Fecha Inicio de Cobertura:	22/04/2015
Ingreso Base:	$ 644.350,00
Número de Contrato:	01448
Fecha de Transacción:	21/04/2015 03:05:44 p.m.

La presente novedad no requiere radicación de soporte físico

27

ICENTRO POLICLINICO DEL OLAYA- Impresión de ordenes

Centro Policlínico del Olaya

Sede / Orden: 35 / 0000300236918202324
Paciente: MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO
Tipo de paciente: AMBULATORIO
Médico tratante: JORGE E. BETANCOURT PLAZAS

Fecha: 19/07/2016
Identificación: 51.997.599
Edad: 23 Años

Convenio: CRUZ BLANCA
Sexo: FEMENINO
Servicio: CONSULTA OCUP

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

RESOLUCIONES 2346 de 2007 y 3673 de 2008 MPS

CIUDAD Y FECHA: BOGOTA, JULIO 19 DEL 2016
NOMBRE DEL TRABAJADOR: MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO
DOCUMENTO DE INDENTIDAD 51.997.599 EDAD: 23 Años
EMPRESA: CARGO: *AUX COCINA*

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: *Periódico Ocupacional y de aptitud física para trabajo en alturas y espacios confinados.*
FINALIDAD DEL EXAMEN: *Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar.*

RESULTADOS DE EXAMENES PARACLINICOS:

EXAMEN REALIZADO	RESULTADO
1. AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	NORMAL
2. ESPIROMETRIA (KNUDSON)	NORMAL
3. OXIMETRIA DE PULSO: O2 AMBIENTE	96%
4. VISIOMETRIA (OPTEC-2000)	NORMAL
5. HEMOCLASIFICACION	O+ (POSITIVO)
6. GLICEMIA	NORMAL
7. PERFIL LIPIDICO	NORMAL
8. PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL
9. PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN ALTERACIONES
10. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	SIN ALTERACIONES

11. VARIABLES FISICAS	FRECUENCIA CARDIACA	68	PESO	68 K6.	ESTATURA	1.70 CMS	TENSION ARTERIAL	110/80m

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL:

1. APTO SIN RESTRICCIONES PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	X
2. CONDICIONAL (ALTERACIONES QUE NO INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	
3. RESTRINGIDO (ALTERACIONES QUE INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	
4. APLAZADO	

- Se autoriza al trabajador para laborar en alturas y/o espacios confinados, según resultados del cuestionario, valorización médica ocupacional y paraclínicos según resolución Nº 1409 del 23 de julio del 2012: SI (X) NO ( )

ALTERACION	CONDICIONES O INTERVENCIONES PARA LIMITAR EL DAÑO	TEMPORAL	PERMANENTE
1. VISUAL	NINGUNA		
2. CARDIOVASCULAR	NINGUNA		

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL:
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
USAR PROTECCION VISUAL DURANTE LA JORNADA LABORAL
SEGUIR LAS RECOMENDACIONES ESTRICTAS DE MEDICINA OCUPACIONAL
HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

Dr. Jorge Betancourth P.
Medico Especialista
Salud Ocupacional
10521868 - R.M. 11630

FIRMA MEDICO OCUPACIONAL
LICENCIA S.O: 11630

Martha Lucia Choachi

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C: 51997599 Bta

HUELLA INDICE DERECHO

28

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Secretaria de Salud Subred Sur Occidente E.S.E.	REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LAS GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL	VERSION:		
		Fecha de Aprobación:		
		Código:	En prueba	

SUBRED	UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS	MARQUE UNA (x) SEGÚN UNIDAD
3	01- KENNEDY	X
	02-PABLO VI	
	03-SUR	
	04-FONTIBON	
	05.BOSA	

Quien solicita (Nombre y Apellido: VIVIANA TEJERA PALACIO LIDER DE NUTRICON	Fecha			Dependencia o Sede:NUTRICION
	Día	Mes	Año	UNIDAD:KENNEDY
	2	1	2017	

Motivo de la solicitud				Formato documentos minimos para celebrar contrato:
Contrato Nuevo	X	Adición y Prorroga		
Orden Nueva		Adición		LISTA DE CHEQUEO
Modificación		Prorroga		
Suspensión		Reinicio		

JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO
(Previa verificaciòn presupuestal)

El Área de NUTRICION , requiere garantizar APOYO TECNICO , como AUXILIAR DE COCINA en el acompañamiento de las diferentes actividades que se realizan en la Subred integrada de servicios de salud Sur Occidente ESE En concordancia con las obligaciones y actividades pactadas.

Alistamiento , preparacion, distribucion de dietas y lavado de menaje.

AREA: ADMINISTRATIVO X ASISTENCIAL ☐

PERFIL: MARTHA CHOACHI CC 51997599

NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS: 1

EXPERIENCIA: (En años) ____ En:

HABILIDADES:DESTREZA,EN ALISTAMIENTO,PREPARACION Y DISTRIBUCION DE LAS DIETAS

RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN: Inhabilidad e incompatibilidades sobrevinientes.Demora en el inicio de la ejecución del contrato.Errores en la supervisión. No informar oportunamente al supervisor su designación.Riesgo relacionado al conocmiento, experiencia y destreza en el desempeño de sus actividadesRiesgo por no asistencia a las actividades programadas.Riesgo relacionado con las conductas que miran la intencionalidad del individuo y su actitvidad valorativa y ética ante las actividades y los usuarios.
Riesgo en la planeación de las actividades por realizar.Riesgo por no cumplimiento de normas y políticas institucionales, entre las que se encuentran misión, visión,planes de acción, objetivos, metas e indicadores.Riesgo de no cumplimiento de los parámetros de calidad establecidos por el supervisor para las actividades asignadas
No entrega de soportes , registros de las actividades de acuerdo con los procedimientos y requerimientos de la entidad

TIEMPO DE EJECUCIÓN		MONTO	$ 1.100.000

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. Realizar las actividades de procesamiento de control, calidad, promoción, protección y apoyo a la lactancia materna en el banco de leche.. **2.** Aplicar las normas universales de bioseguridad. **3.** Efectuar oportuna y claramente registros de los formatos pertinentes del área. **4.** Realizar las tareas afines del objeto del contrato como son: Coordinar los procesos de extracción de la leche materna. Coordinar los procesos de extracción y recolección de la leche Coordinar el análisis microbiológico de la leche. Realizar educación y asesoría nutricional de las madres. **5.** Cumplir con el reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de salud ocupacional, ejecutando procedimientos seguros del trabajo según las actividades a realizar en la institución así como acogerse al programa de salud ocupacional institucional y a los planes de emergencia y evacuación del hospital y a los planes de contingencia del área de mantenimiento. **6.** Portar el carnet de la institución durante la prestación del servicio. **7.** Asistir a los cursos de inducción y bioseguridad organizado por la institución para el personal nuevo con el fin de fortalecer sus políticas de mejoramiento continuo. **8.** Dar aviso oportuno de aquellos aspectos que pueda generar obstáculos para el desarrollo de la prestación del servicio. **9.** Responder ante los requerimientos interpuestos por fallas atribuibles a l prestación del servicio del contrato pactado. **10.** Presentar al supervisor de la orden de prestación servicios el original y la copia del recibo y / o planilla correspondiente al pago de los aportes al sistema de seguridad social inte4gral (salud pensión) de acuerdo a lo establecido al articulo 50 de la ley 789 del 2002 en concordancia con el articulo 1 de la ley 828 del 2003. **11.** Dar aviso oportuno aquellos aspectos que puedan generar obstáculos para el desarrollo para la prestación del servicio. **12.** responder ante los requerimientos interpuestos por fallas atribuibles para la prestación del servicio del contrato pactado. **13.** presentar al supervisor de la orden de prestación de servicio el original y la copia del recibo y/o planilla correspondiente al pago de los aportes al sistema de seguridad social integral (salud y pensión) de acuerdo con lo establecido en el articulo 50 de la ley 789 del 2002 en concordancia con el articulo 1 de la ley 828 del 2003. **14.** Realizar las acciones pertinentes apara la afiliación para la administradora de riesgos laborales ARL. **15.** Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de las honorarios. **16.** Responder y velar por el cuidado y mantenimiento de los bienes y elementos suministrados por la empresa que se necesitan para el desempeño de sus actividades para que el supervisor expida el certificado de cumplimiento a satisfacción, deberá constatar además que el contratista haya reintegrado los bienes y elementos en su totalidad en el estado en que lo recibió.

CONSTANCIA DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL EN PLANTA

La Referente o Líder de Talento Humano CERTIFICA que analizada la planta actual de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, Unidad Prestadora de Servicios de Salud _____ se encontró que: el presente requerimiento se tramita por 1. __ no existencia del perfil requerido; 2. X por insuficiencia del mismo; 3. ___por existencia de lista de elegibles para provisión de cargo o por la necesidad de contratar a un profesional con conocimientos especificos.

Unidad Funcional de Talento Humano

Viviana Tejera Placio - Lider del Área

Vo.Bo. Nelson Juaquin Malaver M. -Subgerencia Administrativa / Servicios de Salud

VoBo Luis fernado Pineda Avila - Subgerente de Servicio de la Subred Integrada Sur Occidente ESE

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Enero 04 de 2017 CDP. No. 2561

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO ORIGINAL

CERTIFICA:

QUE EN LA FECHA LOS REGISTROS DE EJECUCION PRESUPUESTAL MUESTRAN EL SIGUIENTE SALDO DE APROPIACION:

DEPENDENCIA : ROIA COORDINACION ADMINISTRATI

CODIGO RUBRO.....: 1100013110200000000000004
CODIGO PRESUPUESTAL.....: 3110204
NOMBRE RUBRO.....: REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS ADTIVO

S. ..O DE DISPONIBILIDADES : 1.256.933.518.00
PRESUPUESTO DISPONIBLE : 6.653.768.007.00
SALDO DE APROPIACION : 7.910.701.525.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: ALEXANDRA RODRIGUEZ GOMEZ.
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO.
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:
CONTR REMUNERACION - AUXILIAR DE COCINA

POR UN VALOR INICIAL DE : 2.933.333.00
CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 2.933.333.00
DOS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS CO N 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE D. ..ONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 1.256.933.518.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
DISPONIBILIDAD NETA : 6.650.834.674.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (180) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EX DICION.

ELSA JUDITH CABALLERO PRIETO
RESPONSABLE PRESUPUESTO

Secretaría de Salud Subred Sur Occidente E.S.E.	**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL**	Versión:		ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD
		Fecha de aprobación:		
		Código:	En prueba	

SUBRED	UNIDAD	MARQUE (X) SEGÚN LA UNIDAD	(ORDEN PRESTACIÓN DE SERVICIOS) CONTRATO No.	AÑO
3	01-KENNEDY	X	1-2819	2017
	02-PABLO VI			
	03-SUR			
	04-FONTIBON			
	05-BOSA			

OBJETO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE COCINA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la Institución.
CONTRATANTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. Nit.900.959.048-4
CONTRATISTA: CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA
CEDULA No. 51.997.599
VALOR TOTAL: DOS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE ($ 2.933.333,00)
PLAZO DE EJECUCIÓN: 20 DIAS Y 2 MESES
FECHA INICIO: 11 de enero de 2017
FECHA TERMINACIÓN: 30 de marzo de 2017
SUPERVISOR :TEJERA PALACIO VIVIANA DE JESUS

Entre los suscritos **LUIS FERNANDO PINEDA AVILA,** mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 79.269.492 expedida en Bogotá, Subgerente de prestación de servicios Cód. 090- Grado 05 De la Unidad Prestadora De Servicios De Salud-UPSS Occidente de Kennedy de la Sub Red Integrada De Servicios De Salud Sur Occidente E.S.E., obrando en su calidad de delegado de la gerencia para la suscripción de Ordenes de Prestación de Servicios, como consta en la resolución No. 14 del 06 de Enero de 2017, en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E,** Nit.900.959.048-4, creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, y como tal facultado para celebrar el presente contrato de prestación de servicios de conformidad con el Estatuto de Contratación de la Subred, quien en adelante se denomina el **CONTRATANTE**, por una parte y por la otra **CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA,** mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de la firma, quien en adelante se denomina el **CONTRATISTA**, En ejercicio de la autonomía de la voluntad y con pleno consentimiento hemos acordado celebrar el presente contrato que se rige por lo señalado en el numeral 6° del artículo 195 de la ley 100 de 1993, Estatuto y Manual de Contratación mencionado, sus Acuerdos modificatorios y demás normas que regula el Derecho Privado y **CONSIDERANDO: a)** Que mediante el Acuerdo 641 del 06 de abril de 2016 "Por el cual se efectúa la reorganización del sector salud de Bogotá, Distrito Capital, se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones", la Empresas Sociales del Estado Pablo VI Bosa, Occidente de Kennedy, Bosa II Nivel, Del Sur y Fontibón se fusionaron en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. **b)** Que mediante el Decreto 171 del 08 de abril de 2016 se designaron durante el periodo de transición los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión ordenada por el Acuerdo Distrital mencionado. **c)** Que el área de Talento Humano certifica la ausencia y/o insuficiencia de personal en la planta de la ESE para el cumplimiento de los procesos, subprocesos, proyectos y actividades establecidas en la institución. **d)** Que existe soporte del área responsable donde justifica la necesidad de un recurso humano para la prestación del servicio requerido en la ESE. **e)** Que existe constancia sobre de la idoneidad y capacidad del **CONTRATISTA**, para ejecutar el presente contrato, de conformidad con los documentos presentados como soporte de la hoja de vida por parte del CONTRATISTA.; Que por lo expuesto es necesario contratar el desarrollo de actividades indicadas a continuación bajo los parámetros desarrollados en el presente texto jurídico: **CLÁUSULAS: PRIMERA.- OBJETO:** Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como **AUXILIAR DE COCINA** dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Institución. **SEGUNDA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE a realizar las siguientes actividades: **Específicas:** (conforme a las contenidas al requerimiento) **Generales**: Además de las anteriores y sin perjuicio de su autonomía el CONTRATISTA tendrá las siguientes obligaciones: 1. Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circulares de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato. 2. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. 3. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional. 4. Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes. 5. Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. 6. Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos del Sistema Integrado de Gestión de la Subred Suroccidente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo,

Sistema Único de acreditación, Responsabilidad Social, Seguridad de la Información y Control interno, acorde el desarrollo de las responsabilidades asignadas. 7. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información. 8. Cumplir con el desarrollo de las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. 9. Cumplir con las Políticas Gerenciales, Acuerdos institucionales, Protocolos éticos, Planes, Programas, Procesos y Procedimientos definidos en el marco de operación de la Subred Suroccidente, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. 10. Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas. 11. Preparar y presentar los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos. 12. Asistir y aprobar los procesos de actualización, presenciales y virtuales, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales. 13. Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas. 14. El CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E, que comprometa el buen nombre la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. o de cualquiera de sus Unidades de Prestación de Servicios de Salud, será motivo de terminación unilateral del contrato, previo agotamiento del debido proceso. 15. En caso de ser designado supervisor de un contrato, realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico enmendado, respondiendo fiscal, disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que ello conlleve. 16. El CONTRATISTA, cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atención médica y apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica. 17. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual. PARÁGRAFO SEGUNDO: El CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE a solicitar información sobre el estado de cuenta al Fondo de Pensiones y E.P.S. **TERCERA.- VALOR:** El valor total del presente contrato para todos sus efectos se fija en la suma de **DOS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE ($2.933.333,00)**. **CUARTA.- IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL:** El valor del presente contrato será cancelado por el **CONTRATANTE** con cargo al **Certificado de Disponibilidad Presupuestal Número 2561 del 04 de enero de 2017, Código del Rubro: 3110204 - REMUNERACION DE SERVICIOS TECNICOS Vigencia: 2017,** expedido por el área financiera –Presupuesto de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. **QUINTA.- FORMA DE PAGO:** El **CONTRATANTE** cancelará el valor total del contrato a suscribir, a título de honorarios, por mensualidades vencidas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del presente contrato, sobre la base de honorarios pactados mensuales de **UN MILLON CIEN MIL PESOS M/CTE ($1.100.000,00)**, susceptibles de descuentos, retenciones y reservas a que haya lugar o que indique la ley. La certificación de pago debe presentarse en las fechas establecidas por la Institución y debe ir acompañada de los siguientes documentos: **1.** Informe mensual de actividades y ejecución del contrato con el visto bueno del Supervisor. **2.** Planilla que soporte que se hayan realizado los respectivos pagos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales del respectivo mes. Si EL **CONTRATISTA** pertenece al **RÉGIMEN COMÚN** deberá presentar para cada uno de los pagos la correspondiente factura. **PARÁGRAFO: RETENCIONES**: Para cumplir con las obligaciones fiscales de ley, el **CONTRATANTE** efectuará las siguientes deducciones por Impuestos Nacionales y Distritales que establezca o cree la ley. En todo caso las retenciones que el **CONTRATANTE** efectúe, estarán a cargo del **CONTRATISTA**. **SEXTA.- TÉRMINO DE EJECUCIÓN:** El término de ejecución del presente contrato será por el término de **20 DIAS Y 2 MESES**, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución. **SÉPTIMA.- TERMINACIÓN ANTICIPADA:** En el evento en que el CONTRATISTA requiera la terminación anticipada del Contrato, deberá solicitarla con una antelación mínima de diez (10) días hábiles al supervisor del contrato, quien evaluará la solicitud, sobre la base que no se afecte la Prestación del Servicio. El CONTRATANTE, podrá terminar anticipadamente el presente contrato en cualquier momento por necesidades del servicio, terminación del proyecto, incumplimiento del CONTRATISTA, no cumplimiento de las obligaciones contractuales o culminación de actividades contratadas, por lo tanto no habrá lugar a indemnizaciones. **OCTAVA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE:** El CONTRATANTE se compromete para con el CONTRATISTA además de cumplir con el pago de los honorarios señalados en el presente contrato, a facilitar la documentación, insumos mínimos e información necesarios que requiera el CONTRATISTA para el cumplimiento de sus obligaciones y actividades. **NOVENA -. CESIÓN O SUBCONTRATACIÓN:** El CONTRATISTA no podrá subcontratar o ceder parcial o totalmente los derechos y obligaciones emanados de éste contrato a persona natural o jurídica, sea nacional o extranjera, sin previa aprobación del CONTRATANTE. **DÉCIMA.- SUSPENSIÓN:** Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobados se podrá suspender temporalmente la ejecución del presente contrato de común acuerdo entre las partes mediante la suscripción de un acta, en la que conste la causa de la misma, previamente avalada por el supervisor, no obstante el plazo de suspensión no será superior a treinta (30) días calendario; salvo casos asociados al cuidado de la salud debidamente soportados, en caso de superarse este término se tramitará la terminación del contrato de forma

bilateral o unilateral. **PARÁGRAFO PRIMERO:** El término de la suspensión no podrá ser computable para efectos del plazo extintivo, ni dará derecho a exigir indemnización alguna o a reclamar honorarios diferentes a los causados a la fecha de la suspensión. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** La suspensión de actividades sin previo aviso o visto bueno del supervisor dará lugar a la terminación anticipada y unilateral del Contrato. **DÉCIMA PRIMERA.- GARANTÍAS:** Si el CONTRATISTA desarrolla actividades en el área asistencial o administrativa que conlleven atención a usuarios, manejo de dinero o activos fijos, actividades de confianza, se obliga a suscribir de acuerdo a su perfil, las siguientes pólizas: **PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO** equivalente al diez por ciento (10%) del valor del contrato y por una vigencia igual al plazo de ejecución del contrato de prestación de servicios y un (1) año más (Profesional Especializado de Cartera y Glosas, Profesional Especializado para el apoyo de la Gestión de Representación Judicial, Profesional Especializado apoyo para el trámite de los Procesos Disciplinarios en primera instancia, Químico Farmacéutico y Regente de Farmacia, Profesional de Activos Fijos, Referente de Mantenimiento, Líder de Adquisiciones, Referente de Almacén, Profesional Especializado de Presupuesto, Técnico Administrativo de Tesorería, Auxiliares Operativos, Conductores de Ambulancia, o quien haga sus veces); **PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA PROFESIONES MÉDICAS Y PROFESIONALES DE LA SALUD** hasta por la suma mínima de **cien (100) S.M.M.L.V.** (Si el CONTRATISTA desarrolla actividades en el área asistencial de consulta externa, urgencias y hospitalización, como: Médicos (incluidos los del Plan de Intervenciones Colectivas), Médicos Especialistas, Médicos veterinarios, Odontólogos, Odontólogos Especialistas, Profesionales en Enfermería y Bacteriólogos. La Póliza debe cubrir la vigencia del presente contrato y un (1) año más, la Póliza será constituida por una Compañía de Seguros debidamente establecida en Colombia cuya póliza matriz se encuentre aprobada por la Superintendencia Financiera, con el fin de garantizar indemnización por los perjuicios derivados por causa o con ocasión del presente contrato. **DÉCIMA SEGUNDA.- CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA:** En caso de incumplimiento total o parcial de las obligaciones por parte del CONTRATISTA este pagará al CONTRATANTE a título de cláusula penal, una suma equivalente al **veinte por ciento (20%)** del valor total del contrato, que se imputará como indemnización de perjuicios que se causen por el incumplimiento. **PARÁGRAFO PRIMERO: De acuerdo con el contenido de la presente cláusula el CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE, que de probarse que la glosa definitiva o los descuentos realizados a la entidad son atribuibles a él, descuente su valor de los contratos posteriores que llegare a firmar, o requerirlo para el pago de manera directa, previo agotamiento del debido proceso. En caso de que el CONTRATISTA no se encuentre vinculado a la entidad de manera alguna, el CONTRATANTE podrá iniciar las acciones legales respectivas. PARÁGRAFO SEGUNDO: Si las actividades no conllevan proceso en que resulten glosas o descuentos no se debe tener en cuenta, lo señalado en el PARAGRAFO PRIMERO de la presente cláusula.** **DÉCIMA TERCERA.- CLÁUSULA COMPROMISORIA:** Las diferencias que ocurran entre las partes en la celebración, ejecución, desarrollo, terminación o liquidación del presente contrato serán resueltas a través de los mecanismos alternativos de solución de conflictos previstos en la ley. **DÉCIMA CUARTA.- INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** El CONTRATISTA, afirma bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente contrato, que no se halla incurso en ninguna de las causales de inhabilidad ni incompatibilidad para celebrar este contrato con el CONTRATANTE, de conformidad con la Ley. **DÉCIMA QUINTA.- LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO:** El presente contrato quedará liquidado en forma automática cuando se ejecute totalmente el valor contratado, para lo cual deberá existir informe técnico, administrativo y financiero del supervisor del contrato con las respectivas órdenes de pago que así lo soporte y la presentación de los Paz y Salvos de Inventarios expedido por Activos Fijos y de Archivo sobre la devolución de bienes y documentos a su cargo y el Paz y Salvo de Facturación, Cartera y Glosas para proceder con el último pago de los honorarios, al finalizar el contrato o cualquiera de sus adicciones. No obstante en caso de existir saldo a reversar procederá la respectiva liquidación de mutuo acuerdo o unilateralmente. Si dentro de los cuatro (4) meses o en el término indicado en la ley, siguientes a la terminación y/o proyección del acta que da por terminado el contrato; el **CONTRATISTA** no se presentare a la suscripción de la misma o no llegaren las partes a un acuerdo sobre su contenido; la administración procederá mediante acto administrativo motivado, el cual es susceptible del recurso de reposición, a liquidar el mismo. **DÉCIMA SEXTA.- DOCUMENTOS:** Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos: **a)** Formato de requerimiento debidamente diligenciado. **b)** Afiliación al fondo de Pensiones y Administradora de Riesgos Laborales A.R.L. **c)** Afiliación a una Entidad Promotora de Salud, **d)** Certificado de disponibilidad presupuestal. e) Fotocopia del Registro Único Tributario – R.U.T. **f)** Todos los demás documentos que sirvan de fundamento para su ejecución. **DÉCIMA SEPTIMA.- CAUSALES DE TERMINACIÓN: a)** Por terminación del plazo de ejecución, **b)** Por mutuo acuerdo entre las partes, **c)** Por muerte del CONTRATISTA, **d)** Por incumplimiento de las obligaciones del CONTRATISTA pactadas en la cláusula segunda, sin que por esto medie pago de honorarios ni indemnización alguna por parte del CONTRATANTE. **e)** Por razones de fuerza mayor o caso fortuito no atribuibles a las partes. **f)** Por imposibilidad del CONTRATISTA para ejercer la profesión u oficio. **g)** Por orden de autoridad competente. **h)** Las demás indicadas en el texto del contrato. **DÉCIMA OCTAVA.- CLÁUSULAS EXORBITANTES:** En cuanto a la CADUCIDAD, INTERPRETACIÓN UNILATERAL, MODIFICACIÓN UNILATERAL Y TERMINACIÓN UNILATERAL, el presente contrato se regirá por los preceptos contemplados en los Artículos 15, 16, 17 y 18 de la ley 80 de 1993. **DÉCIMA NOVENA. – CONFIDENCIALIDAD:** Toda la información que intercambien las partes en desarrollo del contrato que las une, es de carácter reservado. El **CONTRATISTA** se compromete a guardar la más estricta reserva sobre la información del **CONTRATANTE** y la personal de sus colaboradores, directivos, etc. a que tenga acceso en razón del presente contrato y a no divulgar a terceros o a usar para propósitos distintos del cumplimiento del objeto de este contrato, toda o cualquier parte de la información del **CONTRATANTE** a que tenga acceso en razón de este Contrato, o que haya sido recibida o averiguada por el **CONTRATISTA** directa o indirectamente del **CONTRATANTE**, o de sus

colaboradores, directivos, etc., otros contratistas o consultores, contratantes u originada de otra manera y adquirida por el **CONTRATISTA,** en conexión con o como resultado de la realización de servicios objeto de este contrato. Es objeto especial de este acuerdo de confidencialidad la información de propiedad del CONTRATANTE entre otros, pero sin limitarse estos a los medios escritos, magnéticos, Internet, informes, actas, etc., los cuales no podrán ser revelados, copiados, reenviados, retirados de la E.S.E. La violación de este acuerdo de confidencialidad a juicio de la empresa, será considerada falta grave y causal de terminación contractual imputable al **CONTRATISTA. VIGÉSIMA – INDEMNIDAD:** El CONTRATISTA mantendrá indemne al **CONTRATANTE** contra todo reclamo, demanda, acción legal y costo que pueda causarse o surgir por daños o lesiones a personas o propiedades de terceros, ocasionados por el **CONTRATISTA** en la ejecución del objeto y las obligaciones contractuales. En caso de que se entable un reclamo, demanda o acción legal contra el **CONTRATANTE,** por asuntos que según el Contrato sean de responsabilidad del **CONTRATISTA**, éste será notificado lo más pronto posible para que por su cuenta adopte oportunamente las medidas previstas por la ley para mantener indemne al **CONTRATANTE**. El **CONTRATISTA** será responsable de todos los daños causados al **CONTRATANTE,** ocasionados por su culpa y le reconocerá y pagará el valor de tales daños o procederá a repararlos debidamente a satisfacción del **CONTRATANTE. VIGÉSIMA PRIMERA.- EXCLUSIÓN DE RELACIÓN LABORAL:** El presente contrato, excluye de manera expresa la relación laboral por lo tanto en ningún caso será considerado como contrato de trabajo y en desarrollo de él, el **CONTRATISTA** no tendrá ninguna relación laboral con el **CONTRATANTE. VIGÉSIMA SEGUNDA.- INDEPENDENCIA DEL CONTRATISTA: El CONTRATISTA** es una persona independiente **a la del CONTRATANTE,** y en consecuencia, **el CONTRATISTA** no es su representante, agente o mandatario, por tanto no tiene la facultad de hacer declaraciones, representaciones o compromisos en nombre del **CONTRATANTE,** ni de tomar decisiones o iniciar acciones que generen obligaciones a cargo del **CONTRATANTE. VIGÉSIMA TERCERA.- PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** el presente contrato se perfeccionará con la firma de las partes y para su ejecución se requerirá la expedición del respectivo Certificado de Registro Presupuestal. **VIGÉSIMA CUARTA.- SUPERVISIÓN:** La Supervisión del presente contrato será ejercida o estará a cargo de **TEJERA PALACIO VIVIANA DE JESUS**, o quien designe el **ORDENADOR DEL GASTO**, quien verificará el cabal cumplimiento, por parte del **CONTRATISTA,** de las actividades pactadas en el presente contrato, así como el pago oportuno y completo de los aportes al Sistema General de Seguridad Social e informará oportunamente las situaciones que afecten la ejecución de lo pactado y las demás disposiciones contenidas en Acuerdo No.03 del 03 de Mayo de 2016, " *Por medio del cual se adopta el Estatuto de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.*", emitido por la Junta Directiva de la Subred. **VIGÉSIMA QUINTA.- DOMICILIO**: Para todos los efectos el domicilio contractual es la ciudad de Bogotá D.C., y para efectos de notificaciones el **CONTRATISTA** autoriza el correo electrónico

Para constancia se firma en Bogotá D.C. A los once (11) días del mes de Enero de dos mil diecisiete (2017).

LUIS FERNANDO PINEDA AVILA
SUBGERENTE UPSS OCCIDENTE DE KENNEDY
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
CONTRATANTE

Martha lucia choachi
CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA
C.C. No. 51.997.599
CONTRATISTA

Los abajo firmantes declaremos que hemos proyectado y revisado este documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales por lo tanto lo presentamos para la firma.				
	Nombre	Cargo	Firma	Fecha(D-M-A)
Revisado y Aprobado por:	Ramón Segura Molina	Asesor Jurídico		11/01/2017
Proyectado por:	Deiby Leonardo Giraldo Orjuela	Técnico Administrativo		11/01/2017

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Enero 11 de 2017 CRP. No. 5050

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO ORIGINAL

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LOS NUMERALES 13 y 14 DEL ARTICULO 25 DE LA LEY 80 DE 1993. HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2017 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: ROIA COORDINACION ADMINISTRATI

CODIGO RUBRO.....: 11000131102000000000004
CODIGO PRESUPUESTAL.....: 3110204
NOMBRE RUBRO.....: REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS ADTIVO

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 2561

LA SUMA INICIAL DE : 2,933,333.00
CON UN REINTEGRO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 2,933,333.00
DOS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS CU
F 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS AUXILIAR DE COCI
NA
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS - 1-2519
A NOMBRE DE: CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA
C.C. o NIT : 51997599
OBJETO : REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS AUXILIAR DE COCINA

LA PRESENTE SE EXPIDE EN O A LOS 11 DIAS DEL
MES DE Enero DE 2017.

LILSA JUDITH CABALLERO PRIETO
RESPONSABLE PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE PRESUPUESTAL Y SOMETIDA
AL CUMPLIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO LEGALMENTE ESTABLECIDO QUE ES DE
RESPONSABILIDAD DE LA OFICINA JURIDICA CORRESPONDIENTE.

Fuente: *

Desde: 23252 Hasta: 24348 - enero

FUE: 37 CA NUM-DOC: 23841 NUM-FACTURA: 1-2819 FEC-DOC: 2017/01/31 FEC-VEN: 2017/01/31
PROVEEDOR: 51997599 NOMBRE: CHOACHI COLORADO MARTHA LUCI VALOR FACTURA: 726.249

DETALLE DE CONCEPTOS :	CONCEPTO	NOMBRE	TIPO	VALOR	BASE
	202	RET. IDA 9,66810000	A	7.084	733.333
	519	REMUNERACION SERVICIOS TECNICO	C	733.333	
			TOTAL	726.249	733.333

DETALLE CONTABLE :

CUENTA	NOMBRE / DESCRIPCION	C.CO	NOMBRE-C.CO / DEBITOS	NIT / CREDITOS	NOMBRE-NIT / CONC NOMBRE CONC	DOC-NUM / BASE
73970217	COMISIONES HONORARIOS Y SERVI OPS 1-2819 11-31217	CO1HA-HOSPITAL XENEDY	51997599 733.333		CHOACHI COLORADO MARTHA L	01-2819
24062705	RETENCION IDA POR COMPRAS OPS 1-2819 11-31217		51997599 7.084	27 RETEIDA 9.66 ACTIVO	CHOACHI COLORADO MARTHA L	01-2819 733.333,00
24035001	SERVICIOS OPS 1-2819 11-31217		51997599 726.249		CHOACHI COLORADO MARTHA L	01-2819
	TOTAL		733.333	733.333		

PRESUPUESTO

Ordenador del Gasto Area A. y Financiera

Presupuesto Tesoreria

Contabilidad Recibi. firma y sello

23961

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA CHOACHI COLORADO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51997599						
CORREO ELECTRONICO:	narthachoacho4gmail.com				CELULAR:	3115272560						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	kennedy											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	nutricion				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	P1-10	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	000570092296								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1-2819-2017			N° DE PAGOS DEL CONTRATO	1de3				
NÚMERO DE CDP	2561	FECHA	04/01/2017	NÚMERO DE CRP		FECHA			
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE COCINA								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		11	1	2017		31	1	2017	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	733.333								
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%							

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$ 2.933.333
VALOR EJECUTADO	$733.333
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$ 733.333
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2.200.000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	25%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$1.723.65^** el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8825045730	$689.455,00	$86.182	$110.313	3	$16.795	**$213.290**

Dado en Bogotá a los (xx) días del mes de enero del año Dos Mil Diecisiete (2017). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

VIVIANA TEJERA PALACIO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

martha lucia choachi colorado
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

UNIDAD DE SALUD MENTAL

ACTIVIDADES REALIZADAS

ENERO 11 A ENERO 31 DEL 2017

1. **LAVADO DE MANOS**
2. **DESIFECTAR SUPERFICIES**
3. **ALISTAR VALDE PARA DESIFECTAR – JUGOS VERDURAS Y ENSALADAS**
4. **PREPAR DESAYUNO SEGÚN MINUTA**
5. **ALISTAR BANDEJAS Y VASOS PARA SERVIR DESAYUNO**
6. **EMPACAR MUESTRAS**
7. **LAVADO DE MENAJE DEL DESAYUNO**
8. **ALISTAR PARA PREPARACION DE ALMUERZO SEGÚN MUNUTA**
9. **LAVADO Y DESINFECCION DE MENAJE DE ALMUERZO**
10. **ALISTAMIENTO PRELIMINAR Y TUBERCULOS**
11. **ENTREGAR LIMPIO Y ORGANIZADO Y DESIFECTADO ALA COMPAÑERA**
12. **ENTREGAR TURNO.**

AUXILIAR DE COCINA

Martha Lucia Choachi Colorado

MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO

CC 51997599

COLSUBSIDIO
20 DE JULIO

D O C U M E N T O S O P O R T E

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
FORMULA : 8870961400

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	213313
			213313

DOCUMENTO



1701100005735685
CONSECUTIVO: 001

ENE 10. 17 15:04

10/Ene/2017 15:04 1289 06 0209 1026274
(COPIA CLIENTE)

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2017-01-10, 03:16:44 PM | Tipo Planilla: I. PLANILLA INDEPENDIENTES | Numéro Planilla: 8825045730

Periodo Cotización: enero de 2017 | Periodo Servicio: enero de 2017 | Referencia pago (PIN): 8870961400

PAGADO 10/01/2017

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO		
Documento	CC 51997599	Dirección	DG 48 S 13 ETE 48
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3115272550
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal	CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA	Identificación	CC 51997599
Total Afiliados	1	ARP	ARP SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	VSP	TDE	TAE	TDP	TAP	SLN	LMA	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	irp	Días APF	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 51997599	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO	03	00															0	30	30	30	0	(23)001 - COLFONDOS	$ 689,455	$ 110,313	(EPS023) CRUZ BLANCA EPS	$ 689,455	$ 86,200	2,436	$ 689,455	$ 16,800	(NIV-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 213,313

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 689,455	$ 689,455	$ 689,455	$ 0	$ 110,313	$ 86,200	$ 16,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 213,313	$ 0	$ 213,313

Martha Lucia Choachi
51997599 Bta
3115272550

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 86 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

FUE: 37 CA NUM-DOC: 24417 NUM-FACTURA: 1-2819 FEC-DOC: 2017/02/22 FEC-VEN: 2017/02/22
PROVEEDOR: 51997599 NOMBRE: CHOACHI COLORADO MARTHA LUCY VALOR FACTURA: 1.089.374

DETALLE DE CONCEPTOS :	CONCEPTO	NOMBRE	TIPO	VALOR	BASE
	202	RET. ICA 9.66%1000	A	10.626	1.100.000
	519	REMUNERACION SERVICIOS TECNICO	C	1.100.000	
			TOTAL	1.089.374	1.100.000

DETALLE CONTABLE :

CUENTA	NOMBRE / DESCRIPCION	C.CO	NOMBRE-C.CO	DEBITOS	NIT	CREDITOS	NOMBRE-NIT / CONC NOMBRE CONC	DOC-ANE / BASE
24362703	RETENCION ICA POR COMPRAS 1219-2017				51997599	10.626	CHOACHI COLORADO MARTHA L 27 RETEICA 9.66 ACTIVID	01-2819 1.100.000.00
24255301	SERVICIOS 1219-2017				51997599	1.089.374	CHOACHI COLORADO MARTHA L	01-2819
73870227	COMISIONES HONORARIOS Y SP110 1219-2017	COCINA-HOSPITAL KENEDY		1.100.000	51997599		CHOACHI COLORADO MARTHA L	01-2819
	TOTAL			1.100.000		1.100.000		

= PRESUPUESTO =

Ordenador del Gasto — Area A. y Financiera

Santiago Contreras Arize

Presupuesto — Tesoreria

Contabilidad — Recibi, firma y sello

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente E.S.E.

24417

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	1	
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA CHOACHI COLORADO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51997599						
CORREO ELECTRONICO:	narthachoacho44gmail.com				CELULAR:	31152725580						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	kennedy											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	nutricion				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	P1-10	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	000570092296								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1-2819-2017			N° DE PAGOS DEL CONTRATO	2 DE 3					
NÚMERO DE CDP	2561	FECHA	04/01/2017	NÚMERO DE CRP		FECHA				
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE COCINA									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	2	2017		28	2	2017		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.100.000									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$2.933.333
VALOR EJECUTADO	$1.833.333
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.100.000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.100.000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	62%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $**1.723.650**, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8825050120	$738.000,00	$92.250	$118.100	3	$18.000	**$228.350**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de FEBRERO del año Dos Mil DIECISIETE (2017). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

Viviana Tejera P

VIVIANA TEJERA PALACIO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Martha lucia choachi

MARTHALUCIA CHOACHI COLORADO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2017-02-14, 10:42:14 AM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Numéro Planilla: 8825050120

Periodo Cotización: febrero de 2017 | Periodo Servicio: febrero de 2017 | Referencia pago (PIN): 8870961400

PAGADO 14/02/2017

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO		
Documento	CC51997599	**Dirección**	DG 48 S 13 ETE 48
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3115272550
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA	**Identificación**	CC 51997599
Total Afiliados	1	**ARP**	ARP SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 51997599	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO	03	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 738.000	$ 118.100	(EPS023) CRUZ BLANCA EPS	$ 738.000	$ 92.250	2.436	$ 738.000	$ 18.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 228.350

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 738.000	$ 738.000	$ 738.000	$ 0	$ 118.100	$ 92.250	$ 18.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 228.350	$ 0	$ 228.350

Martha Lucia Choachi
cc. 51997599

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

COLSUBSIDIO
20 DE JULIO

D O C U M E N T O S O P O R T E

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
FORMULA : 8870961400

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	228350
			228350

DOCUMENTO

1702140005749537
CONSECUTIVO: 001

FEB 14, 17 10:26

14/Feb/2017 10:27 1289 05 0080 3262572
(COPIA CLIENTE)

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	COCINA					**Sede: UNIDAD SALUD MENTAL**			
No. DE CONTRATO:1-2819-2017		**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	2	2.017		28	2	2.017
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO				51.997.599	**DE**	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE COCINA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI _X__ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS			PRODUCTOS ENTREGADOS
1.Portar elementos de proteccion(gorro, tapabocas,guantes,batas) para el desarrollo de us actividades 2.aplicar principios establecidos en los instructivos y precedimientos del sedrvicio.3.Aplica las buenas practicas de manufacturas establecidas en el decreto 3075 de 1997.4.Utilizar uniformes de colores claros, sin bolsillos ni botones con zapato blanco cerrado en material no absorbente y antideslizantes, estos deben usarse con medias.5.ctuar oportuna y claramente registros de los formatos del area.6.Realizar las tare4as afines del objeto como son.7.Lavado de manos, desarrollar actividades de acuerdo a la organizacion del servicio.8.Elaboracion de preliminar diario.8.Alistamiento de carnes de acuerdo a la organizacion de cada piso.9.Elaboraciond e bebidas frias y calkientes de acuerdo al momento de elaboraciocn.10.Asistir a la servida de ddietas de acuerdo a lo solicitado por cada nutricionista de piso, teniendo en cuenta la buena practica.11.Entrega de dietas a cada paciente hospitalizado de acuerdo a su patologia.12.Recoger menaje en su debido tiempo desechando en bolsa pertinentes los sobrantes.13.Lavado de menaje y carros respectivos de acuerdo a la distribucion de sus pisos.Entrega de turno dejando todo en completo orden y desinfeccion. 14.Todo personal antes de ser contratado y durante el tempo de empleo debe someterse a exámenes médicos según el decreto 3075 de 1997. 15. presentar al supervisor de la orden de prestación de servicio el original y la copia del recibo y/o planilla correspondiente al pago de los aportes al sistema de seguridad social integral (salud y pensión) de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 2002 en concordancia con el artículo 1 de la ley 828 del 2003. 16 Realizar las acciones pertinentes apara la afiliación para la administradora de riesgos laborales ARL. 17 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios. 18 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios, 19. Responder y velar por el cuidado y mantenimiento de los bienes y elementos suministrados por la empresa que se necesitan para el desempeño de sus actividades para que el supervisor expida el certificado de cumplimiento a satisfacción, deberá constatar además que el contratista haya reintegrado los bienes y elementos en su totalidad en el estado en que lo recibió	100	PREPARACION DE DESAYUNO, ALMUERZO, REFRIGERIOS Y CENA PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA SALUD MENTAL.PRLIMINAR, LAVADO DE MENAJE, TOMA DE TEMPERATURAS REFRIGERADORES, REGISTROS DE MUESTRAS Y DE DIETAS			ORGANIZACIÓN HIGIENICOSANITARIA DEL SERVICIO, PREPARACION DE LA MATERIA PRIMA , DILIGENCIAMIENTO DE LOS FORMATOS EXIGIDOS POR EL AREA, DISTRIBUCION Y ENTREGA DIETAS A PACIENTES,

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($1.100.000,00) UN MILLON CIEN MIL PESOS MONEDA LEGAL

Martha lucia choachi

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO-51.997.599

Fecha : 15/02/2017 Firma de recibido

supervisor

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Fuente: 37
Desde: 27543 Hasta: 27563 - m

FUE: 37 CA NUM-DOC: 27542 NUM-FACTURA: 1-2819 FEC-DOC: 2017/05/28 FEC-VEN: 2017/05/28
PROVEEDOR: 51997599 NOMBRE: CHOACHI COLORADO MARTHA LUCI VALOR FACTURA: 1.089.374

DETALLE DE CONCEPTOS :	CONCEPTO	NOMBRE	TIPO	VALOR	BASE
	202	RET. ICA 9.66 XMIL ACT.SERVICI	A	10.626	1.100.000
	519	REMUNERACION SERVICIOS PIC	C	1.100.000	
			TOTAL	1.089.374	1.100.000

DETALLE CONTABLE :

CUENTA	NOMBRE DESCRIPCION	C.CO	NOMBRE-C.CO	DEBITOS	NIT	CREDITOS	NOMBRE-NIT CONC	NOMBRE CONC	DOC-ANE BASE
24081703	RETEICA 9.66 ACTIV. SERVI OPS 1-2819 1-30M17				51997599	10.626	CHOACHI COLORADO MARTHA L 27	RETEICA 9.66 ACTIVID	01-2819 1.100.000,00
73870207	COMISIONES HONORARIOS Y SP110 OPS 1-2819 1-30M17	COCINA-HOSPITAL KENEDY	1.100.000		51997599		CHOACHI COLORADO MARTHA L		01-2819
24035001	SERVICIOS OPS 1-2819 1-30M17				51997599	1.089.374	CHOACHI COLORADO MARTHA L		01-2819
	TOTAL			1.100.000		1.100.000			

Ordenador del Gasto Area A. y Financiera

= PRESUPUESTO =

Presupuesto Tesoreria

Contabilidad Recibi, firma y sello

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

2TSA2

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	1	
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA CHOACHI COLORADO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51997599						
CORREO ELECTRONICO:	narthachoacho◆4gmail.com				CELULAR:	31152725580						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	kennedy											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	nutricion				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	P1-10	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	000570092296								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1-2819-2017			N° DE PAGOS DEL CONTRATO	3 DE 3					
NÚMERO DE CDP	2561	FECHA	04/01/2017	NÚMERO DE CRP		FECHA				
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE COCINA									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	3	2017		31	3	2017		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.100.000									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$2.933.333
VALOR EJECUTADO	$2.933.333
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.100.000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $1.844.293, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8832259040	$738.000,00	$92.250	$118.100	3	$18.000	$228.350

Dado en Bogotá a los 7 días del mes de MARZO del año Dos Mil DIECISIETE (2017). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

VIVIANA TEJERA PALACIO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MARTHALUCIA CHOACHI COLORADO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	SERVICIO DE ALIMENTOS					**Sede: UNIDAD KENNEDY**				
No. DE CONTRATO:	1-2809 2017	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
			1	3	2.017		31	3	2.017
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO				51.997.599		DE		BOGOTA

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE COCINA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI _X__ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1.Portar elementos de proteccion(gorro, tapabocas,guantes,batas) para el desarrollo de us actividades 2.aplicar principios establecidos en los instructivos y precedimientos del sedrvicio.3.Aplica las buenas practicas de manufacturas establecidas en el decreto 3075 de 1997.4.Utilizar uniformes de colores claros, sin bolsillos ni botones con zapato blanco cerrado en material no absorbente y antideslizantes, estos deben usarse con medias.5.ctuar oportuna y claramente registros de los formatos del area.6.Realizar las tare4as afines del objeto como son.7.Lavado de manos, desarrollar actividades de acuerdo a la organizacion del servicio.8.Elaboracion de preliminar diario.8.Alistamiento de carnes de acuerdo a la organizacion de cada piso.9.Elaboraciond e bebidas frias y calientes de acuerdo al momento de elaboracioon.10.Asistir a la servida de ddietas de acuerdo a lo solicitado por cada nutricionista de piso, teniendo en cuenta la buena practica.11.Entrega de dietas a cada paciente hospitalizado de acuerdo a su patologia.12.Recoger menaje en su debido tiempo desechando en bolsa pertinentes los sobrantes.13.Lavado de menaje y carros respectivos de acuerdo a la distribucion de sus pisos.Entrega de turno dejando todo en completo orden y desinfeccion. 14.Todo personal antes de ser contratado y durante el tempo de empleo debe someterse a exámenes médicos según el decreto 3075 de 1997. 15. presentar al supervisor de la orden de prestación de servicio el original y la copia del recibo y/o planilla correspondiente al pago de los aportes al sistema de seguridad social integral (salud y pensión) de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 Je la ley 789 del 2002 en concordancia con el artículo 1 de la ley 828 del 2003. 16 Realizar las acciones pertinentes apara la afiliación para la administradora de riesgos laborales ARL. 17 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios. 18 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios, 19. Responder y velar por el cuidado y mantenimiento de los bienes y elementos suministrados por la empresa que se necesitan para el desempeño de sus actividades para que el supervisor expida el certificado de cumplimiento a satisfacción, deberá constatar además que el contratista haya reintegrado los bienes y elementos en su totalidad en el estado en que lo recibió	100	Ingreso al servicio inicialmente hago desinfeccon del area realizo lavado de manos y procedo a preparacion del guiso, alistamiento de preliminar luego preparacion de jugos para todos los pisos servida de los mismos, servida de dietas y entrega de las mismas en el segundo piso, recojo menaje y bajo al servicio a lavado y desinfeccion del menaje y dejar servicio limpio y desinfectado para el turno siguiente	Preparacion de materia prima y distribucion en piso asignado

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($1.100.000,00) UN MILLON CIEN MIL PESOS MONEDA LEGAL

Martha lucia choachi.

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO C.C.51997599

supervisor: Fecha : 22/03/2017 Firma de recibido

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Simple.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2017-03-14, 11:03:03 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 8832259040

Periodo Cotización: marzo de 2017 **Periodo Servicio:** marzo de 2017 **Referencia pago (PIN):** 8870961400

PAGADO 14/03/2017

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO		
Documento	CC51997599	**Dirección**	DG 48 S 13 ETE 48
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3115272550
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA	**Identificación**	CC 51997599
Total Afiliados	1	**ARP**	ARP SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 51997599	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 738.000	$ 118.100	(EPS023) CRUZ BLANCA EPS	$ 738.000	$ 92.300	2.436	$ 738.000	$ 18.000	(NN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 228.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 738.000	$ 738.000	$ 738.000	$ 0	$ 118.100	$ 92.250	$ 18.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 228.350	$ 0	$ 228.350

Martha Lucia Choachi
51997599 Bta

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

COLSUBSIDIO
20 DE JULIO

D O C U M E N T O S O P O R T E

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
FORMULA : 8870961400

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	228350
			228350

DOCUMENTO



1703140001456938
CONSECUTIVO: 001

MAR 14, 17 10:50

14/Mar/2017 10:51 1289 01 0046 1023889
(COPIA CLIENTE)

Martha Lucia Chacchi

FUE: 37 CA NUM-DOC: 28477 NUM-FACTURA: 1-2819 FEC-DOC: 2017/04/24 FEC-VEN: 2017/04/24
PROVEEDOR: 51997599 NOMBRE: CHOACHI COLORADO MARTHA LUCI VALOR FACTURA: 1.089.374

DETALLE DE CONCEPTOS :	CONCEPTO	NOMBRE	TIPO	VALOR	BASE
	202	RET. ICA 9.66 XMIL ACT.SERVICI	A	10.626	1.100.000
	519	REMUNERACION SERVICIOS PIC	C	1.100.000	
			TOTAL	1.089.374	1.100.000

DETALLE CONTABLE :

CUENTA	NOMBRE / DESCRIPCION	C.CO	NOMBRE-C.CO	DEBITOS	NIT	CREDITOS	NOMBRE-NIT / CONC NOMBRE CONC	DOC-ANE / BASE
5301	SERVICIOS OPS 1-2819 1-30A17				51997599	1.089.374	CHOACHI COLORADO MARTHA L	01-2819
73870227	COMISIONES HONORARIOS Y SP110 OPS 1-2819 1-30A17	COCINA	HOSPITAL KENEDY	1.100.000	51997599		CHOACHI COLORADO MARTHA L	01-2819
2703	RETEICA 9.66 ACTIV. SERVI OPS 1-2819 1-30A17				51997599	10.626	CHOACHI COLORADO MARTHA L 27 RETEICA 9.66 ACTIVID	01-2819 1.100.000.00
	TOTAL			1.100.000		1.100.000		

= PRESUPUESTO =

Ordenador del Gasto — Area A. y Financiera

Presupuesto — Tesoreria

Contabilidad — Recibi. firma y sello

2847

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión: 1 Fecha de aprobación: 09/11/2016 Código: 15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA CHOACHI COLORADO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51997599							
CORREO ELECTRONICO:	narthachoacho4gmail.com				CELULAR:	31152725580							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	kennedy												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	nutricion				SEDE:	Kennedy							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	P1-10	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	000570092296						PENSIONADO	NO					

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1-2819-2017			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			4 DE 6			
NÚMERO DE CDP	3293	FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA				
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE COCINA									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	4	2017		30	4	2017		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.100.000									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$6.233.333
VALOR EJECUTADO	$4.033.333
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.100,000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2.200.000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	65%

El interventor o supervisor del contrato **CERTIFICA QUE:**

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$1.844.293**, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8840910400	$738.000,00	$92.250	$118.100	3	$18.000	**$228.350**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de ABRIL del año Dos Mil DIECISIETE (2017). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

Viviana Tejera P

VIVIANA TEJERA PALACIO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Marthalucia choachi

MARTHALUCIA CHOACHI COLORADO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	COCINA					**SEDE:UNIDAD SALUD MENTAL**				
No. DE CONTRATO:1-2819-2017		**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	4	2.017		30	4	2.017	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO					51.997.599	**DE**	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE COCINA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ___ **Servicios:** SI _X__ NO _____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1.Portar elementos de proteccion(gorro, tapabocas,guantes,batas) para el desarrollo de us actividades 2.aplicar principios establecidos en los instructivos y precedimientos del sedrvicio.3.Aplica las buenas practicas de manufacturas establecidas en el decreto 3075 de 1997.4.Utilizar uniformes de colores claros, sin bolsillos ni botones con zapato blanco cerrado en material no absorbente y antideslizantes, estos deben usarse con medias.5.ctuar oportuna y claramente registros de los formatos del area.6.Realizar las tare4as afines del objeto como son.7.Lavado de manos, desarrollar actividades de acuerdo a la organizacion del servicio.8.Elaboracion de preliminar diario.8.Alistamiento de carnes de acuerdo a la organizacion de cada piso.9.Elaboraciond e bebidas frias y calientes de acuerdo al momento de elaboraciocn.10.Asistir a la servida de ddietas de acuerdo a lo solicitado por cada nutricionista de piso, teniendo en cuenta la buena practica.11.Entrega de dietas a cada paciente hospitalizado de acuerdo a su patologia.12.Recoger menaje en su debido tiempo desechando en bolsa pertinentes los sobrantes.13.Lavado de menaje y carros respectivos de acuerdo a la distribucion de sus pisos.Entrega de turno dejando todo en completo orden y desinfeccion. 14.Todo personal antes de ser contratado y durante el tempo de empleo debe someterse a exámenes médicos según el decreto 3075 de 1997. 15. presentar al supervisor de la orden de prestación de servicio el original y la copia del recibo y/o planilla correspondiente al pago de los aportes al sistema de seguridad social integral (salud y pensión) de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 2002 en concordancia con el artículo 1 de la ley 828 del 2003. 16 Realizar las acciones pertinentes apara la afiliación para la administradora de riesgos laborales ARL. 17 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios 18 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios. 19. Responder y velar por el cuidado y mantenimiento de los bienes y elementos suministrados por la empresa que se necesitan para el desempeño de sus actividades para que el supervisor expida el certificado de cumplimiento a satisfacción, deberá constatar además que el contratista haya reintegrado los bienes y elementos en su totalidad en el estado en que lo recibió	100	PREPARACION DE DESAYUNO ALMUERZO, REFRIGERIOS Y CENA PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA SALUD MENTAL.PRLIMINAR, LAVADO DE MENEJE,TOMA DE TEMPERATURAS REFRIGERADORES,REGISTROS DE MUESTRAS Y DIETAS	ORGANIZACIÓN HIGIENICONITARIA DEL SERVICIO PREPARACION DE LA MATERIA PRIMA. DILIGENCIAMIENTO DE LOS FORMATOS EXIGIDOS POR EL AREA DISTRIBUCION Y ENTREGA DE DIETAS A PACIENTES

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($1.100.000,00) UN MILLON CIEN MIL PESOS MONEDA LEGAL

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO-CC 51997599 BOGOTA

supervisor. Fecha: 17/04/2017 Firma de recibido

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2017-04-12, 11:09:14 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 8840910400

Periodo Cotización: abril de 2017 **Periodo Servicio:** abril de 2017 **Referencia pago (PIN):** 8876557460

PAGADO 12/04/2017

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO		
Documento	CC51997599	**Dirección**	DG 48 S 13 ETE 48
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3115272550
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA	**Identificación**	CC 51997599
Total Afiliados	1	**ARP**	ARP SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 51997599	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO	59	(N)																		0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 737.717	$ 118.100	(EPS023) CRUZ BLANCA EPS	$ 737.717	$ 92.300	2.436	$ 737.717	$ 18.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 228.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 737.717	$ 737.717	$ 737.717	$ 0	$ 118.100	$ 92.300	$ 18.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 228.400	$ 0	$ 228.400

Martha Lucia Choachi
51997599 Bta

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

COLSUBSIDIO
20 DE JULIO

D O C U M E N T O S O P O R T E

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
FORMULA : 8876557460

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	228400
			228400

DOCUMENTO



1704120001463608
CONSECUTIVO: 001

ABR 12, 17 10:52

12/Abr/2017 10:52 1289 01 0066 5189177
(COPIA CLIENTE)



CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

8421

ORIGINAL

CERTIFICA:

1100013102000000000004

3110204

REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS ADTIVO

APROPIACION INICIAL DE : 3,300,000.00
ADICION TEORICA DE : .00
APROPIACION ACTUAL DE : 3,300,000.00
TRES MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS CTE 3'300.000,00

51997599

CUENTAS POR PAGAR — SUPER SUPERCIENTE E.S.E. — PAG. 9

reclamofac 4.1.1 — Fecha: 2017/05/12

SERVINTE S.A. — DETALLE DE FACTURAS — Periodo Contable 2017/05 — Hora : 11:14:2

Fuente ET

Desde: 31455 Hasta: 31659 -- MAYO

119

FVE: 37 CA — NUM-DOC: 31578 — NUM-FACTURA: 1-2819 — FEC-DOC: 2017/05/31 — FEC-VEN: 2017/06/24

PROVEEDOR: 51997599 — NOMBRE: DIDARY DOLORES MARTHA LUCI — VALOR FACTURA: 1.099.774

DETALLE DE CONCEPTOS :	CONCEPTO	NOMBRE	TIPO	VALOR	BASE
	202	RET. IVA 9.5% VALL AGT.PERSONAS	A	16.826	1.100.000
	519	REMUNERACION SERVICIOS TIC	C	1.100.000	
			TOTAL	1.099.174	1.100.000

DETALLE CONTABLE :

CUENTA	NOMBRE / DESCRIPCION	C.CO	NOMBRE-C.CO / DESITOS	NIT	NOMBRE-NIT / CONC NOMBRE CONC	DOC-CRE / BASE
24242702	RETFTE 9.6% ACTIV. PERSO			51997599	DIDARY DOLORES MARTHA L	05-2819
	OPS 1-2819 1-30617			16.826	27 RETEICA 9.6% ACTIVID	1.100.000,00
73570127	COMISIONES HONORARIOS Y SERVI	000	NO-DESIGNADO GENERAL	51997599	DIDARY DOLORES MARTHA L	05-2819
	OPS 1-2819 1-30617		1.100.000			
24255702	SERVICIOS			51997599	DIDARY DOLORES MARTHA L	05-2819
	OPS 1-2819 1-30617			1.099.174		
	TOTAL		1.100.000	1.100.000		

Ordenador del Gasto — Area A. y Financiera

= PRESUPUESTO =

Presupuesto — Tesoreria

Contabilidad — Recibi, firma y sello

3578

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	2
		Fecha de aprobación	31/03/2017
		Código:	04-02-FO-0002

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51997599						
CORREO ELECTRONICO:	marthachoacho@gmail.com				CELULAR:	3115272550						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	NUTRICION				SEDE:	KENNEDY						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	P1-10	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570092296								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1-2819-2017			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		5 de 6				
NÚMERO DE CDP	9293	FECHA		NÚMERO DE CRP	8121	FECHA				
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE COCINA									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	5	2017		31	5	2017		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.100.000									
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo	RESERVA DE GLOSA 2%			NO APLICA					

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$6.233.333
VALOR EJECUTADO	$5.133.333
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.100.000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.100.000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	82%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$1,844,293**, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8840911440	$737.717,00	$92.300	$118.100	3	$18.000	**$228.400**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de MAYO del año DOS MIL DIEZ Y SIETE (2017). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

Viviana Tejera P

VIVIANA TEJERA PALACIO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Marthalucia choachi

MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

98

compensado Mayo 17 - gracia cuenta 7

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	COCINA	**SEDE:UNIDAD SALUD MENTAL**							
No. DE CONTRATO:1-2809-2017		**Periodo certificado desde el**	**Día** 1	**Mes** 5	**Año** 2.017	**a**	**Día** 31	**Mes** 5	**Año** 2.017
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO				51.997.599	**DE**	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE COCINA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI _X__ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1.Portar elementos de proteccion(gorro, tapabocas,guantes,batas) para el desarrollo de us actividades 2.aplicar principios establecidos en los instructivos y precedimientos del sedrvicio.3.Aplica las buenas practicas de manufacturas establecidas en el decreto 3075 de 1997.4.Utilizar uniformes de colores claros, sin bolsillos ni botones con zapato blanco cerrado en material no absorbente y antideslizantes, estos deben usarse con medias.5.ctuar oportuna y claramente registros de los formatos del area.6.Realizar las tare4as afines del objeto como son.7.Lavado de manos, desarrollar actividades de acuerdo a la organizacion del servicio.8.Elaboracion de preliminar diario.8.Alistamiento de carnes de acuerdo a la organizacion de cada piso.9.Elaboraciond e bebidas frias y calientes de acuerdo al momento de elaboracioon.10.Asistir a la servida de ddietas de acuerdo a lo solicitado por cada nutricionista de piso, teniendo en cuenta la buena practica.11.Entrega de dietas a cada paciente hospitalizado de acuerdo a su patologia.12.Recoger menaje en su debido tiempo desechando en bolsa pertinentes los sobrantes.13.Lavado de menaje y carros respectivos de acuerdo a la distribucion de sus pisos.Entrega de turno dejando todo en completo orden y desinfeccion. 14.Todo personal antes de ser contratado y durante el tempo de empleo debe someterse a exámenes médicos según el decreto 3075 de 1997. 15. presentar al supervisor de la orden de prestación de servicio el original y la copia del recibo y/o planilla correspondiente al pago de los aportes al sistema de seguridad social integral (salud y pensión) de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 2002 en concordancia con el artículo 1 de la ley 828 del 2003. 16 Realizar las acciones pertinentes apara la afiliación para la administradora de riesgos laborales ARL. 17 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios. 18 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios, 19. Responder y velar por el cuidado y mantenimiento de los bienes y elementos suministrados por la empresa que se necesitan para el desempeño de sus actividades para que el supervisor expida el certificado de cumplimiento a satisfacción, deberá constatar además que el contratista haya reintegrado los bienes y elementos en su totalidad en el estado en que lo recibió	100	PREPARACION DE DESAYUNO ALMUERZO, REFRIGERIOS Y CENA PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA SALUD MENTAL.PRLIMINAR, LAVADO DE MENEJE,TOMA DE TEMPERATURAS REFRIGERADORES,REGISTROS DE MUESTRAS Y DIETAS	ORGANIZACIÓN HIGIENICONITARIA DEL SERVICIO PREPARACION DE LA MATERIA PRIMA. DILIGENCIAMIENTO DE LOS FORMATOS EXIGIDOS POR EL AREA DISTRIBUCION Y ENTREGA DE DIETAS A PACIENTES

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($1.100.000,00) UN MILLON CIEN MIL PESOS MONEDA LEGAL

Martha lucia choachi

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO-CC 51997599 BOGOTA

supervisor: Fecha 4/5/2017 Firma de recibido

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

COLSUBSIDIO
20 DE JULIO

D O C U M E N T O S O P O R T E

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
FORMULA : 8876557460

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	228400
			228400

DOCUMENTO

1705080001469586
CONSECUTIVO: 001

MAY 08, 17 15:37

08/May/2017 15:38 1289 01 0231 1031150
(COPIA CLIENTE)

Marthalucia Choachi
51997599 Bta

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2017-05-08, 03:53:29 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Numéro Planilla: 8840911440

Periodo Cotización: mayo de 2017 Periodo Servicio: mayo de 2017 Referencia pago (PIN): 8876557460

PAGADO 08/05/2017

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO		
Documento	CC51997599	**Dirección**	DG 48 S 13 ETE 48
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3115272550
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA	**Identificación**	CC 51997599
Total Afiliados	1	**ARP**	ARP SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 51997599	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO	59	00																0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 737.717	$ 118.100	(EPS023) CRUZ BLANCA EPS	$ 737.717	$ 92.300	2,436	$ 737.717	$ 18.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 228.400

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 737.717	$ 737.717	$ 737.717	$ 0	$ 118.100	$ 92.300	$ 18.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 228.400	$ 0	$ 228.400

Martha lucia choachi
51997599

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea necesario. Protege el medio ambiente en nuestras manos.

FEC-DOC: 2017/08/02 FEC-VEN: 2017/08/02

NUM-FACTURA: 1-2819

NOMBRE: CHACON COLLAZOS MARTHA LUCI

VALOR FACTURA: 1,287,774

DETALLE DE CONCEPTOS :	CONCEPTO	NOMBRE	TIPO	VALOR	BASE
	282	RET. ICA 9.66 X/MIL ACT.SERVICI	A	10,653	1,100,000
	819	REMUNERACION SERVICIOS PSI	C	1,102,000	
			TOTAL	1,287,774	1,100,000

DETALLE CONTABLE :

CUENTA	NOMBRE	D.CC	NOMBRE-C.CO	NIT	NOMBRE-NIT	DOC-REF
	DESCRIPCION		DEBITOS	CREDITOS	CTA? NOMBRE CTA?	BASE
51595127	DEVOLUCIONES /DESCUENTOS Y RE	CLINICA-HOSPITAL ANADU		51-17199	C-CAJ-1 CLODOMIRO MARTHA L	31-2817
	CPS 1-2817 1-78017		1,100,000			
24283101	SERVICIOS - CONTRATOS			31-17199	CTA? CLODOMIRO MARTHA L	31-2817
	CPS 1-2819 1-88017			1,287,774		
23581701	RETEICA 9.66 ACTIV. SERVI			31-17199	CTA? CLODOMIRO MARTHA L	31-2817
	CPS 1-2847 1-88017			10,653	07 RETEICA 9.66 ACTIVID	1,100,000.00
	TOTAL		1,100,000	1,100,000		

PRESUPUESTO

Ordenador del Gasto — Area A. y Financiera

Presupuesto — Tesoreria

Contabilidad — Recibi, firma y sello

3283

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	2
		Fecha de aprobación	31/03/2017
		Código:	04-02-FO-0002

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51997599						
CORREO ELECTRONICO:	martyachoacho@gmail.com				CELULAR:	3115272550						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	NUTRICION				SEDE:	KENNEDY						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	P1-10	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570092296								PENSIONADO	NO		

INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1-2819-2017			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			6 de 6			
NÚMERO DE CDP	9293	FECHA		NÚMERO DE CRP	8921		FECHA			
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE COCINA									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO	
		1	6	2017			30	6	2017	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.100.000									
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo	RESERVA DE GLOSA 2%			NO APLICA					

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$6.233.333
VALOR EJECUTADO	6,233,333
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.100.000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$1,723,650**, el valor para IBC debe ser sobre un salario minimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8844280130	$737.717,00	$92.300	$118.100	3	$18.000	$228.400

Dado en Bogotá a los (14) días del mes de Junio del año DOS MIL DIEZ Y SIETE (2017). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

VIVIANA TEJERA PALACIO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	SERVICIO DE ALIMENTOS					**Sede: UNIDAD KENNEDY**				
No. DE CONTRATO:	1- 2819 - 2017	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	6	2.017		30	6	2.017	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO				51.997.599	**DE**	BOGOTA			

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE COCINA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ **Servicios:** SI _X__ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS			PRODUCTOS ENTREGADOS
1.Portar elementos de proteccion(gorro, tapabocas,guantes,batas) para el desarrollo de us actividades 2.aplicar principios establecidos en los instructivos y precedimientos del sedrvicio.3.Aplica las buenas practicas de manufacturas establecidas en el decreto 3075 de 1997.4.Utilizar uniformes de colores claros, sin bolsillos ni botones con zapato blanco cerrado en material no absorbente y antideslizantes, estos deben usarse con medias.5.ctuar oportuna y claramente registros de los formatos del area.6.Realizar las tare4as afines del objeto como son.7.Lavado de manos, desarrollar actividades de acuerdo a la organizacion del servicio.8.Elaboracion de preliminar diario.8.Alistamiento de carnes de acuerdo a la organizacion de cada piso.9.Elaboraciond e bebidas frias y calientes de acuerdo al momento de elaboracioon.10.Asistir a la servida de ddietas de acuerdo a lo solicitado por cada nutricionista de piso, teniendo en cuenta la buena practica.11.Entrega de dietas a cada paciente hospitalizado de acuerdo a su patologia.12.Recoger menaje en su debido tiempo desechando en bolsa pertinentes los sobrantes.13.Lavado de menaje y carros respectivos de acuerdo a la distribucion de sus pisos.Entrega de turno dejando todo en completo orden y desinfeccion. 14.Todo personal antes de ser contratado y durante el tempo de empleo debe someterse a exámenes médicos según el decreto 3075 de 1997. 15. presentar al supervisor de la orden de prestación de servicio el original y la copia del recibo y/o planilla correspondiente al pago de los aportes al sistema de seguridad social integral (salud y pensión) de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 2002 en concordancia con el artículo 1 de la ley 828 del 2003. 16 Realizar las acciones pertinentes apara la afiliación para la administradora de riesgos laborales ARL. 17 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios. 18 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios, 19. Responder y velar por el cuidado y mantenimiento de los bienes y elementos suministrados por la empresa que se necesitan para el desempeño de sus actividades para que el supervisor expida el certificado de cumplimiento a satisfacción, deberá constatar además que el contratista haya reintegrado los bienes y elementos en su totalidad en el estado en que lo recibió	100	Organización higienico-sanitaria del servicio de preparacion de la materia prima. Diligenciamiento de los formatos exigidos por el area. Distribucion y entrega de dietas a pacientes.			

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($1.100.000,00) UN MILLON CIEN MIL PESOS MONEDA LEGAL

Martha lucia choachi

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: martha lucia choachi colorado Cc 51997599 bogota

Fecha 14/06/2017 Firma de recibido

supervisor

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

COLSUBSIDIO
1 DE MAYO

DOCUMENTO SOPORTE

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
FORMULA : 8876557460

Codigo	Descripción	Cant	Valor
695927	RECAUDO PLA	1	228400
			228400

DOCUMENTO

1706130008022374
CONSECUTIVO: 001

JUN 13, 17 14:25

13/Jun/2017 14:26 3100 08 0152 5243829
(COPIA CLIENTE)

Martha Lucia Choachi

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2017-06-13, 02:18:42 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Numéro Planilla: 8844280130

Periodo Cotización: junio de 2017 Periodo Servicio: junio de 2017 Referencia pago (PIN): 8876557460

PAGADO 13/06/2017

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO		
Documento	CC51997599	**Dirección**	DG 48 S 13 ETE 48
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3115272550
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA	**Identificación**	CC 51997599
Total Afiliados	1	**ARP**	ARP SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	MET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 51997599	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 737.717	$ 118.100	(EPS023) CRUZ BLANCA EPS	$ 737.717	$ 92.300	2,436	$ 737.717	$ 18.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 228.400

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 737.717	$ 737.717	$ 737.717	$ 0	$ 118.100	$ 92.300	$ 18.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 228.400	$ 0	$ 228.400

Marthalucia choachi

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de la Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en los decretos 2280 de 2005 y 1013 de 1998 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Sí usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o ECC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente al Consorcio SAYP 2011 y está proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO
DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

TIPO ID	NUMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ULTIMO PERIODO COMPENSADO	EPS	TIPO AFILIACION
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

TIPO ID	NUMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ULTIMO PERIODO COMPENSADO	EPS	TIPO AFILIACION
CC	51997599	CHOACHI	COLORADO	MARTHA	LUCIA	09/2012	CRUZ BLANCA E.P.S.	COTIZANTE
CC	51997599	CHOACHI	COLORADO	MARTHA	LUCIA	12/2006	SALUD TOTAL S.A.	COTIZANTE

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

TIPO ID	NUMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ULTIMO PERIODO COMPENSADO	EPS	TIPO AFILIACION
CC	51997599	CHOACHI	COLORADO	MARTHA	LUCIA	2017-05	CRUZ BLANCA E.P.S.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS EOC	PERIODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACION	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
CRUZ BLANCA E.P.S.	05/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	04/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	03/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	02/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	01/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	12/2016	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023

No. CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS	
1-2819/2017	ADICION Y PRORROGA

ENTIDAD CONTRATANTE	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE	NIT. No. 900.959.048-4
REPRESENTANTE LEGAL	VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO C.C. 30.772.851 de Turbaco	Decreto de Nombramiento No. 161 del 05 de Abril de 2017
CONTRATISTA	CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA	C. C. 51.997.599

Entre los suscritos **VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 30.772.851 expedida en Turbaco (Bolívar), nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 161 del 05 de Abril de 2017 y posesionada el día 07 de abril de 2017, obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E,** Nit.900.959.048-4, creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, y como tal facultado para celebrar la presente ***Adición y Prórroga*** al contrato de prestación de servicios de conformidad con el Estatuto de Contratación de la Subred, quien en adelante se denomina el **CONTRATANTE**, por una parte y por la otra, **CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA,** mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con cédula de ciudadanía No. **51.997.599**, en su calidad de Contratista, hemos convenido celebrar la presente ***Adición y Prórroga*** al Contrato de Prestación de Servicios No. **1-2819 de 2017,** previas las siguientes consideraciones: **1.-)** Que el día 11 de enero de 2017, entre la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE y el Contratista se celebró Contrato de Prestación de Servicios o contrato No. **1-2819 de 2017,** cuyo objeto es prestar los servicios profesionales y de apoyo como **AUXILIAR DE COCINA** dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE, de acuerdo a las necesidades de la Institución **2.-)** Que el plazo de ejecución inicial del mismo se pactó por el término de 20 DIAS Y 2 MESES, contados a partir del 11 de enero de 2017 hasta el 31 de marzo de 2017. **3.-)** Que el valor inicial del Contrato fue la suma de **DOS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE (($2.933.333,00). 4.-)** Que el Contrato No. 1-2819 de 2017, ha sido objeto de **1 PRORROGAS Y 1 ADICIONES**, con fecha de terminación el día **30 de Junio de 2017** y acumulado total del contrato por valor de **SEIS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE ($6.233.333,00) 5.** Que mediante requerimiento del **SUPERVISOR** del presente Contrato, solicitó adicionar el valor del mismo en un monto de UN MILLON CIEN MIL PESOS M/CTE ($ **1.100.000,00**), y prorrogar el plazo de ejecución del Contrato en un término de 1 MES más. **6.-)** Conforme a lo anterior las partes acuerdan: **CLÁUSULA PRIMERA:** Adicionar el valor del contrato **No. 1-2819 de 2017** en un monto de UN MILLON CIEN MIL PESOS M/CTE ($**1.100.000**,00). **CLÁUSULA SEGUNDA:** Prorrogar el plazo de ejecución en un término de 1 MES más, contados a partir del 01 de julio de 2017 hasta el día 31 de julio de 2017. **CLÁUSULA TERCERA:** Que como consecuencia de la presente adición el valor del contrato **No. 1-2819 de 2017**, para todos los efectos legales y fiscales quedará en la suma de **SIETE MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE ($7.333.333,00).CLÁUSULA CUARTA:** La suma de dinero a que la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.** queda obligado en virtud de esta Adición Prórroga, se subordina a las apropiaciones presupuéstales que de la misma se hagan en el respectivo presupuesto de la entidad y se pagará con cargo al Código Presupuestal 3110204 - REMUNERACION DE SERVICIOS TECNICOS, según Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. **15023** de fecha **30 de junio de 2017**, expedido por el responsable del presupuesto del área financiera. En todo caso el pago estará supeditado al Programa Anual de Caja (PAC) mensualizado. **CLÁUSULA QUINTA:** El CONTRATANTE cancelará el valor total de la presente Adición, a título de honorarios, por mensualidades vencidas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del presente contrato, sobre la base de honorarios pactados mensuales, previa certificación de cumplimiento de las actividades pactadas y efectivamente realizadas. **CLÁUSULA SEXTA:** EL

CONTRATISTA se obliga a ampliar las garantías pactadas, ***(si a ello hubiere lugar)*** descritas en el contrato inicial, por el valor adicionado y plazo prorrogado en los porcentajes y para los efectos pactados en esta adición; (si aplica) y además se obliga a presentarlas en la Dirección de Contratación de la **Subred,** para su aprobación dentro de los Cinco (05) días, siguientes a la suscripción del presente documento. **CLÁUSULA SEPTIMA:** Las demás condiciones y obligaciones del Contrato **1-2819 de 2017** se mantienen sin modificación. **CLÁUSULA OCTAVA:** La presente Adición y Prórroga al Contrato de Prestación de Servicios No. **1-2819 de 2017** se entiende perfeccionado con la firma de las partes. Para constancia se firma en Bogotá DC., a los treinta (30) días del mes de Junio del año dos mil diecisiete (2017).

VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO	CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA
GERENTE	**CONTRATISTA**

Los abajo firmantes declaremos que hemos proyectado y revisado este documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales por lo tanto lo presentamos para la firma.				
	Nombre	Cargo	Firma	Fecha(D-M-A)
Revisado por:	Mónica E. González Montes	Directora Contratación Subred Suroccidente		30/06/2017
Elaborado por:	Deiby Leonardo Giraldo Orjuela	Apoyo – Técnico Administrativo		30/06/2017
Control de Calidad:	Leidy Viviana Rodríguez Olivares	Apoyo – Profesional Universitario - Abogada		30/06/2017

3557

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	31/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51997599						
CORREO ELECTRONICO:	marthachoacho@gmail.com				CELULAR:	3115272550						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	NUTRICION				SEDE:	KENNEDY						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	P1-10	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570092296								PENSIONADO	NO		

INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1-2819-2017			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		7 de 7					
NÚMERO DE CDP	16023	FECHA		NÚMERO DE CRP	2029	FECHA					
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE COCINA										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	7	2017		31	7	2017			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.100.000										
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$7.333.333
VALOR EJECUTADO	$7.333.333
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.100.000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$1,723,650**, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8876557460	$737.717,00	$92.300	$118.100	3	$18.000	$228.400

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de julio del año DOS MIL DIEZ Y SIETE (2017). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

Viviana Tejera P

VIVIANA TEJERA PALACIO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Martha Lucia Choachi

MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	SERVICIO DE ALIMENTOS						**Sede: UNIDAD KENNEDY**			
No. DE CONTRATO:	1-2819-2017	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	7	2.017		31	7	2.017	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO					51.997.599	DE	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE COCINA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI _X__ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS			PRODUCTOS ENTREGADOS
1.Portar elementos de proteccion(gorro, tapabocas,guantes,batas) para el desarrollo de us actividades 2.aplicar principios establecidos en los instructivos y precedimientos del sedrvicio.3.Aplica las buenas practicas de manufacturas establecidas en el decreto 3075 de 1997.4.Utilizar uniformes de colores claros, sin bolsillos ni botones con zapato blanco cerrado en material no absorbente y antideslizantes, estos deben usarse con medias.5.ctuar oportuna y claramente registros de los formatos del area.6.Realizar las tare4as afines del objeto como son.7.Lavado de manos, desarrollar actividades de acuerdo a la organizacion del servicio.8.Elaboracion de preliminar diario.8.Alistamiento de carnes de acuerdo a la organizacion de cada piso.9.Elaboracionde bebidas frias y calientes de acuerdo al momento de elaboracioon.10.Asistir a la servida de ddietas de acuerdo a lo solicitado por cada nutricionista de piso, teniendo en cuenta la buena practica.11.Entrega de dietas a cada paciente hospitalizado de acuerdo a su patologia.12.Recoger menaje en su debido tiempo desechando en bolsa pertinentes los sobrantes.13.Lavado de menaje y carros respectivos de acuerdo a la distribucion de sus pisos.Entrega de turno dejando todo en completo orden y desinfeccion. 14.Todo personal antes de ser contratado y durante el tempo de empleo debe someterse a exámenes médicos según el decreto 3075 de 1997. 15. presentar al supervisor de la orden de prestación de servicio el original y la copia del recibo y/o planilla correspondiente al pago de los aportes al sistema de seguridad social integral (salud y pensión) de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 2002 en concordancia con el artículo 1 de la ley 828 del 2003. 16 Realizar las acciones pertinentes apara la afiliación para la administradora de riesgos laborales ARL. 17 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios. 18 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios, 19. Responder y velar por el cuidado y mantenimiento de los bienes y elementos suministrados por la empresa que se necesitan para el desempeño de sus actividades para que el supervisor expida el certificado de cumplimiento a satisfacción, deberá constatar además que el contratista haya reintegrado los bienes y elementos en su totalidad en el estado en que lo recibió	100	Organización higienico-sanitaria del servicio de preparacion de la materia prima. Diligenciamiento de formatos exigidos por el area, Distribucin y entrega de dietas a pacientes.			

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($1.100.000,00) UN MILLON CIEN MIL PESOS MONEDA LEGAL

Martha Lucia Choachi

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Martha Lucia Choachi CC 51997559 bogota

supervisor: Fecha : 25/07/2017 Firma de recibido

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2017-07-13, 02:39:33 PM Tipo Planilla: I PLANILLA INDEPENDIENTES Numéro Planilla: 8849437020

Periodo Cotización: julio de 2017 Periodo Servicio: julio de 2017 Referencia pago (PIN): 8876557460

PAGADO 13/07/2017

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO		
Documento	CC51997599	**Dirección**	DG 48 S 13 ETE 48
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3115272550
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA	**Identificación**	CC 51997599
Total Afiliados	1	**ARP**	ARP SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 51997599	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO	1	0																	0	30	30	30	0	23 (1001) COLFONDOS	$ 737,717	$ 118,100	(EPS023) CRUZ BLANCA EPS	$ 737,717	$ 92,300	2.436	$ 737,717	$ 18,000	(NINGUNA) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 228,400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 737,717	$ 737,717	$ 737,717	$ 0	$ 118,100	$ 92,300	$ 18,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 228,400	$ 0	$ 228,400

Martha Lucia Choachi
51997599 Bta

Lineas de Servicio FonoSIMPLE. Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

COLSUBSIDIO
20 DE JULIO

D O C U M E N T O S O P O R T E

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
FORMULA : 8876557460

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	228400
			228400

DOCUMENTO

1707130001484687
CONSECUTIVO: 001

JUL 13, 17 14:19

13/Jul/2017 14:20 1289 01 0135 1033791
(COPIA CLIENTE)

Martha Lucia Choach.

Maestro Afiliados Compensados

"El Ministerio de la Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en los decretos 2280 de 2005 y 1013 de 1998 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente al Consorcio SAYP 2011 y está proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO
DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	ENTIDAD	TIPO DE AFILIADO
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	ENTIDAD	TIPO DE AFILIADO
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	ENTIDAD	TIPO DE AFILIADO
CC	51997599	CHOACHI	COLORADO	MARTHA	LUCIA	2017-07	CRUZ BLANCA E.P.S.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

ENTIDAD	PERÍODO COMPENSADO	FECHA COMPENSACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO DE AFILIADO	RESOLUCIÓN
CRUZ BLANCA E.P.S.	07/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	06/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	05/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	04/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	03/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	02/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	01/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	12/2016	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	11/2016	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	10/2016	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	09/2016	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	08/2016	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023

Secretaría de Salud Subred Sur Occidente E.S.E.	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL	Versión:		ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación:		
		Código:	En prueba	

(CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS) CONTRATO No.	AÑO
SO-2662	**2017**

CONTRATANTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. Nit.900.959.048-4
CONTRATISTA: CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA
CEDULA No. 51.997.599
OBJETO: Prestar apoyo como AUXILIAR DE COCINA en el área de NUTRICION dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Institución
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: UN MILLON DOSCIENTOS DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE.($1.202.676)
PLAZO DE EJECUCIÓN: Un (01) Mes
FECHA INICIO: 01 de agosto de 2017
FECHA TERMINACIÓN: 31 de agosto de 2017
SUPERVISOR : NUTRICIONISTA

Entre los suscritos **VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 30.772.851 expedida en Turbaco (Bolívar), nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 161 del 05 de Abril de 2017 y posesionada el día 07 de abril de 2017, obrando en nombre y representación legal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente - ESE, persona jurídica identificada con NIT No. **900.959.048-4**, y creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, y como tal facultada para celebrar el presente contrato de prestación de servicios de conformidad con el Estatuto de Contratación de la Subred, quien en adelante se denomina el **CONTRATANTE**, por una parte y por la otra **CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA,** mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de la firma, quien en adelante se denomina el **CONTRATISTA**, En ejercicio de la autonomía de la voluntad y con pleno consentimiento hemos acordado celebrar el presente contrato que se rige por lo señalado en el numeral 6° del artículo 195 de la ley 100 de 1993, Estatuto y Manual de Contratación mencionado, sus Acuerdos modificatorios y demás normas que regula el Derecho Privado y **CONSIDERANDO**: **a)** Que el Articulo No. 195 de la Ley 100 del 23 de Diciembre de 1993, establece respecto del régimen jurídico aplicable a las Empresas Sociales de Salud en su Numeral 6 que: *"En materia contractual se regirá por el derecho privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública"* **b**) Que la Junta Directiva de la Entidad, expidió Acuerdo No.03 del 03 de Mayo de 2016," Por medio del cual se adopta el Estatuto de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, y posteriormente se expide la Resolución No. 627 de 2016, "Por medio del cual se aprueba y adopta el manual de contratación, Supervisión, Interventoría y se crea el comité de contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. **c)** Que mediante el Decreto Distrital No. 161 del 05 de abril de 2017, el Alcalde Mayor de Bobota D.C., designó a la Gerente de la Entidad para ejercer su nombramiento a partir del día 07 de abril de 2017 hasta el 31 de marzo de 2020. **d)** Que la Junta Directiva de la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente E.S.E, mediante Acuerdo No. 033 del 27 de Julio de 2017, autoriza a la Gerente de la Entidad aplicar la Tabla de Honorarios para la Contratación de Prestación de Servicios asistenciales y administrativos la cual empezará a regir para los Contratos a ejecutarse a partir del 01 de Agosto de 2017. **e)** Que el área de Talento Humano certifica la ausencia y/o insuficiencia de personal en la planta de la ESE para el cumplimiento de los procesos, subprocesos, proyectos y actividades establecidas en la institución. **f)** Que existe soporte del área responsable donde justifica la necesidad de un recurso humano para la prestación del servicio requerido en la ESE. **g)**Que existe constancia sobre de la idoneidad y capacidad del **CONTRATISTA**, para ejecutar el presente contrato, de conformidad con los documentos presentados como soporte de la hoja de vida por parte del CONTRATISTA.; Que por lo expuesto es necesario contratar el desarrollo de actividades indicadas a continuación bajo los parámetros desarrollados en el presente texto jurídico: **CLÁUSULAS: PRIMERA.- OBJETO**: Prestar servicios de apoyo a la gestión como **AUXILIAR DE COCINA en el área de NUTRICION** dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Institución. **SEGUNDA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE a realizar las siguientes actividades: a) **Específicas.** Apoyar la elaboración de las dietas terapéuticas con base a las necesidades patológicas de los pacientes

hospitalizados, todo relacionado a una minuta pre establecida teniendo en cuenta los requerimientos nutricionales de los mismos. **b) Generales**: Además de las anteriores y sin perjuicio de su autonomía el CONTRATISTA tendrá las siguientes obligaciones: 1. Conocer y aplicar las políticas de calidad de la Entidad. 2. Participar activamente en los procesos de acreditación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred. 3. Apoyar el proceso de Acreditación con la información y/o documentación que sea requerida, según el área a que corresponda, para que se logre satisfactoriamente el mismo. 4. Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circulares de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato. 5. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. 6. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional. 7. Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes. 8. Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. 9. Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos del Sistema Integrado de Gestión de la Subred Suroccidente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo, Sistema Único de acreditación, Responsabilidad Social, Seguridad de la Información y Control interno, acorde el desarrollo de las responsabilidades asignadas. 10. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información. 11. Cumplir con el desarrollo de las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. 12. Cumplir con las Políticas Gerenciales, Acuerdos institucionales, Protocolos éticos, Planes, Programas, Procesos y Procedimientos definidos en el marco de operación de la Subred Suroccidente, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. 13. Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas. 14. Preparar y presentar los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos. 15. Asistir y aprobar los procesos de actualización, presenciales y virtuales, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales. 16. Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas. 17. El CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E, que comprometa el buen nombre la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. o de cualquiera de sus Unidades de Prestación de Servicios de Salud, será motivo de terminación unilateral del contrato, previo agotamiento del debido proceso. 18. En caso de ser designado supervisor de un contrato, realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico enmendado, respondiendo fiscal, disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que ello conlleve. 19. El CONTRATISTA, cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atención médica y apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica. 20. Una vez terminado el contrato, por terminación del plazo de ejecución o anticipadamente, el contratista se obliga a dar trámite de paz y salvo por todo concepto con la Entidad, el cual deberá allegar con la última cuenta de cobro, so pena de no certificar el último servicio recibido. 21. El contratista se obliga a responder por la custodia y buen manejo de los recursos públicos a su disposición. 22. El contratista se obliga a asistir a las Jornadas de Capacitación, Inducción y/o re-inducción a las que sea convocado por parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente, como parte integral en el proceso de Contratación, la inasistencia injustificada a dichas jornadas será causal para inicio de acciones administrativas por posible incumplimiento contractual. 23. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual. PARÁGRAFO SEGUNDO: El CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE a solicitar información sobre el estado de cuenta al Fondo de Pensiones y E.P.S. **TERCERA.- VALOR:** El valor total del presente contrato para todos sus efectos se fija en la suma de **UN MILLON DOSCIENTOS DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE.($1.202.676)**, valor resultante del **VALOR HORA CONTRATADA: $ 6.466.00 x CANTIDAD DE HORAS REQUERIDAS:186** **CUARTA.- IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL:** El valor del presente contrato será cancelado por el **CONTRATANTE** con cargo al **Certificado de Disponibilidad Presupuestal Número 15277 del 28 de julio de 2017, Código del Rubro: Contratacion Servicios Asistenciales Generales-321030501 Vigencia: 2017,** expedido por el área financiera –Presupuesto de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. **QUINTA.- FORMA DE PAGO:** El **CONTRATANTE** cancelará el valor total del contrato a suscribir, a título de honorarios, por horas ejecutadas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del presente contrato, sobre la base de honorarios pactados sobre horas requeridas y ejecutadas, así: **VALOR HORA: $ 6.466.00 x CANTIDAD DE HORAS REQUERIDAS:186,** susceptibles de descuentos, retenciones y reservas a que haya lugar o que indique la ley. La certificación de pago debe presentarse en las fechas establecidas por la Institución y debe ir acompañada de los siguientes documentos: **1.** Informe mensual de actividades y ejecución del contrato con el visto bueno del Supervisor. **2.**

Planilla que soporte que se hayan realizado los respectivos pagos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales del respectivo mes. Si EL **CONTRATISTA** pertenece al **RÉGIMEN COMÚN** deberá presentar para cada uno de los pagos la correspondiente factura. **PARÁGRAFO: RETENCIONES**: Para cumplir con las obligaciones fiscales de ley, el **CONTRATANTE** efectuará las siguientes deducciones por Impuestos Nacionales y Distritales que establezca o cree la ley. En todo caso las retenciones que el **CONTRATANTE** efectúe, estarán a cargo del **CONTRATISTA**. **SEXTA.- TÉRMINO DE EJECUCIÓN:** El término de ejecución del presente contrato será por el término de **Un (01) Mes**, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución. **SÉPTIMA.- TERMINACIÓN ANTICIPADA:** En el evento en que el CONTRATISTA requiera la terminación anticipada del Contrato, deberá solicitarla con una antelación mínima de diez (10) días hábiles al supervisor del contrato, quien evaluará la solicitud, sobre la base que no se afecte la Prestación del Servicio. El CONTRATANTE, podrá terminar anticipadamente el presente contrato en cualquier momento por necesidades del servicio, terminación del proyecto, incumplimiento del CONTRATISTA, no cumplimiento de las obligaciones contractuales o culminación de actividades contratadas, por lo tanto no habrá lugar a indemnizaciones. **OCTAVA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE:** El CONTRATANTE se compromete para con el CONTRATISTA además de cumplir con el pago de los honorarios señalados en el presente contrato, a facilitar la documentación, insumos mínimos e información necesarios que requiera el CONTRATISTA para el cumplimiento de sus obligaciones y actividades. **NOVENA -. CESIÓN O SUBCONTRATACIÓN:** El CONTRATISTA no podrá subcontratar o ceder parcial o totalmente los derechos y obligaciones emanados de éste contrato a persona natural o jurídica, sea nacional o extranjera, sin previa aprobación del CONTRATANTE. **DÉCIMA.- SUSPENSIÓN:** Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobados se podrá suspender temporalmente la ejecución del presente contrato de común acuerdo entre las partes mediante la suscripción de un acta, en la que conste la causa de la misma, previamente avalada por el supervisor, no obstante el plazo de suspensión no será superior a treinta (30) días calendario; salvo casos asociados al cuidado de la salud debidamente soportados, en caso de superarse este término se tramitará la terminación del contrato de forma bilateral o unilateral. **PARÁGRAFO PRIMERO:** El término de la suspensión no podrá ser computable para efectos del plazo extintivo, ni dará derecho a exigir indemnización alguna o a reclamar honorarios diferentes a los causados a la fecha de la suspensión. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** La suspensión de actividades sin previo aviso o visto bueno del supervisor dará lugar a la terminación anticipada y unilateral del Contrato. **DÉCIMA PRIMERA.- GARANTÍAS EL CONTRATISTA** constituirá a favor de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E,** Nit.900.959.048-4, garantía única, consistente en una póliza expedida por una compañía aseguradora o banco legalmente autorizados para funcionar en Colombia, que ampare las obligaciones surgidas del presente Contrato, la cual se mantendrá vigente durante su vida y liquidación y se ajustará a los límites, existencia y extensión del riesgo amparado así: **PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO** equivalente al diez por ciento (10%) del valor del contrato y por una vigencia igual al plazo de ejecución del contrato de prestación de servicios y un (1) año más (Químico Farmacéutico y Regente de Farmacia, Conductores de Ambulancia, o quien haga sus veces); **PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA PROFESIONES MÉDICAS Y PROFESIONALES DE LA SALUD** hasta por la suma mínima de **cien (100) S.M.M.L.V**. (Si el CONTRATISTA desarrolla actividades en el área asistencial de consulta externa, urgencias y hospitalización, como: Médicos, Médicos Especialistas, Médicos veterinarios, Odontólogos, Odontólogos Especialistas, Profesionales en Enfermería y Bacteriólogos. **El contratista se obliga a mantener vigente la(s) garantía(s) durante la ejecución del contrato las cuales incluirán sus adiciones y prorrogas**. La Póliza será constituida por una Compañía de Seguros debidamente establecida en Colombia cuya póliza matriz se encuentre aprobada por la Superintendencia Financiera, con el fin de garantizar indemnización por los perjuicios derivados por causa o con ocasión del presente contrato. **PARÁGRAFO.-** Las pólizas deberán ser entregadas dentro de los **ocho (08) días hábiles** siguientes a la suscripción del presente Contrato de prestación de servicios en la Dirección de Contratación de la E.S.E. **DÉCIMA SEGUNDA.- CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA:** En caso de incumplimiento total o parcial de las obligaciones por parte del CONTRATISTA este pagará al CONTRATANTE a título de cláusula penal, una suma equivalente al **veinte por ciento (20%)** del valor total del contrato, que se imputará como indemnización de perjuicios que se causen por el incumplimiento. **PARÁGRAFO PRIMERO: De acuerdo con el contenido de la presente cláusula el CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE, que de probarse que la glosa definitiva o los descuentos realizados a la entidad son atribuibles a él, descuente su valor de los contratos posteriores que llegare a firmar, o requerirlo para el pago de manera directa, previo agotamiento del debido proceso. En caso de que el CONTRATISTA no se encuentre vinculado a la entidad de manera alguna, el CONTRATANTE podrá iniciar las acciones legales respectivas. PARÁGRAFO SEGUNDO: Si las actividades no conllevan proceso en que resulten glosas o descuentos no se debe tener en cuenta, lo señalado en el PARAGRAFO PRIMERO de la presente cláusula. DÉCIMA TERCERA.- CLÁUSULA COMPROMISORIA:** Las diferencias que ocurran entre las partes en la celebración, ejecución, desarrollo, terminación o liquidación del presente contrato serán resueltas a través de los mecanismos alternativos de solución de conflictos previstos en la ley. **DÉCIMA CUARTA.- INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** El CONTRATISTA, afirma bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente contrato, que no se halla incurso en ninguna de las causales de inhabilidad ni incompatibilidad para celebrar este contrato con el CONTRATANTE, de conformidad con la Ley. **DÉCIMA QUINTA.- LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO:** El presente contrato quedará liquidado en forma automática cuando se ejecute totalmente el valor contratado, para lo cual deberá existir informe técnico, administrativo y financiero del supervisor del contrato con las respectivas órdenes de pago que así lo soporte y la presentación de los Paz y Salvos de Inventarios expedido por Activos Fijos y de Archivo sobre la devolución de bienes y documentos a su cargo y el Paz y Salvo de Facturación, Cartera y Glosas para proceder con el último pago de los honorarios, al finalizar el contrato o

cualquiera de sus adicciones. No obstante en caso de existir saldo a reversar procederá la respectiva liquidación de mutuo acuerdo o unilateralmente. Si dentro de los cuatro (4) meses o en el término indicado en la ley, siguientes a la terminación y/o proyección del acta que da por terminado el contrato; el **CONTRATISTA** no se presentare a la suscripción de la misma o no llegaren las partes a un acuerdo sobre su contenido; la administración procederá mediante acto administrativo motivado, el cual es susceptible del recurso de reposición, a liquidar el mismo. **DÉCIMA SEXTA.- DOCUMENTOS:** Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos: **a)** Formato de requerimiento debidamente diligenciado. **b)** Afiliación al fondo de Pensiones y Administradora de Riesgos Laborales A.R.L. **c)** Afiliación a una Entidad Promotora de Salud, **d)** Certificado de disponibilidad presupuestal. e) Fotocopia del Registro Único Tributario – R.U.T. **f)** Todos los demás documentos que sirvan de fundamento para su ejecución. **DÉCIMA SEPTIMA.- CAUSALES DE TERMINACIÓN: a)** Por terminación del plazo de ejecución, **b)** Por mutuo acuerdo entre las partes, **c)** Por muerte del CONTRATISTA, **d)** Por incumplimiento de las obligaciones del CONTRATISTA pactadas en la cláusula segunda, sin que por esto medie pago de honorarios ni indemnización alguna por parte del CONTRATANTE. **e)** Por razones de fuerza mayor o caso fortuito no atribuibles a las partes. **f)** Por imposibilidad del CONTRATISTA para ejercer la profesión u oficio. **g)** Por orden de autoridad competente. **h)** Las demás indicadas en el texto del contrato. **DÉCIMA OCTAVA.- CLÁUSULAS EXORBITANTES:** En cuanto a la CADUCIDAD, INTERPRETACIÓN UNILATERAL, MODIFICACIÓN UNILATERAL Y TERMINACIÓN UNILATERAL, el presente contrato se regirá por los preceptos contemplados en los Artículos 15, 16, 17 y 18 de la ley 80 de 1993. **DÉCIMA NOVENA. – CONFIDENCIALIDAD:** Toda la información que intercambien las partes en desarrollo del contrato que las une, es de carácter reservado. El **CONTRATISTA** se compromete a guardar la más estricta reserva sobre la información del **CONTRATANTE** y la personal de sus colaboradores, directivos, etc. a que tenga acceso en razón del presente contrato y a no divulgar a terceros o a usar para propósitos distintos del cumplimiento del objeto de este contrato, toda o cualquier parte de la información del **CONTRATANTE** a que tenga acceso en razón de este Contrato, o que haya sido recibida o averiguada por el **CONTRATISTA** directa o indirectamente del **CONTRATANTE**, o de sus colaboradores, directivos, etc., otros contratistas o consultores, contratantes u originada de otra manera y adquirida por el **CONTRATISTA,** en conexión con o como resultado de la realización de servicios objeto de este contrato. Es objeto especial de este acuerdo de confidencialidad la información de propiedad del CONTRATANTE entre otros, pero sin limitarse estos a los medios escritos, magnéticos, Internet, informes, actas, etc., los cuales no podrán ser revelados, copiados, reenviados, retirados de la E.S.E. La violación de este acuerdo de confidencialidad a juicio de la empresa, será considerada falta grave y causal de terminación contractual imputable al **CONTRATISTA. VIGÉSIMA – INDEMNIDAD:** El CONTRATISTA mantendrá indemne al **CONTRATANTE** contra todo reclamo, demanda, acción legal y costo que pueda causarse o surgir por daños o lesiones a personas o propiedades de terceros, ocasionados por el **CONTRATISTA** en la ejecución del objeto y las obligaciones contractuales. En caso de que se entable un reclamo, demanda o acción legal contra el **CONTRATANTE**, por asuntos que según el Contrato sean de responsabilidad del **CONTRATISTA**, éste será notificado lo más pronto posible para que por su cuenta adopte oportunamente las medidas previstas por la ley para mantener indemne al **CONTRATANTE**. El **CONTRATISTA** será responsable de todos los daños causados al **CONTRATANTE**, ocasionados por su culpa y le reconocerá y pagará el valor de tales daños o procederá a repararlos debidamente a satisfacción del **CONTRATANTE**. **VIGÉSIMA PRIMERA.- EXCLUSIÓN DE RELACIÓN LABORAL** El presente contrato, excluye de manera expresa la relación laboral por lo tanto en ningún caso será considerado como contrato de trabajo y en desarrollo de él, el **CONTRATISTA** no tendrá ninguna relación laboral con el **CONTRATANTE**, por tanto, el contratista renuncia a cualquier ejercicio de acción judicial por dicho concepto en contra de la Entidad **VIGÉSIMA SEGUNDA.- INDEPENDENCIA DEL CONTRATISTA: El CONTRATISTA** es una persona independiente **a la del CONTRATANTE,** y en consecuencia, **el CONTRATISTA** no es su representante, agente o mandatario, por tanto no tiene la facultad de hacer declaraciones, representaciones o compromisos en nombre del **CONTRATANTE,** ni de tomar decisiones o iniciar acciones que generen obligaciones a cargo del **CONTRATANTE. VIGÉSIMA TERCERA.- PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** el presente contrato se perfeccionará con la firma de las partes y para su ejecución se requerirá la expedición del respectivo Certificado de Registro Presupuestal y la Aprobación de garantías según aplique. **VIGÉSIMA CUARTA.- SUPERVISIÓN:** La Supervisión del presente contrato será ejercida o estará a cargo del **NUTRICIONISTA** o quien haga sus veces, o quien designe el **CONTRATANTE**, quien verificará el cabal cumplimiento, por parte del **CONTRATISTA,** de las actividades pactadas en el presente contrato, así como el pago oportuno y completo de los aportes al Sistema General de Seguridad Social e informará oportunamente las situaciones que afecten la ejecución de lo pactado y las demás disposiciones contenidas en Acuerdo No.03 del 03 de Mayo de 2016, *" Por medio del cual se adopta el Estatuto de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E."*, emitido por la Junta Directiva de la Subred, así como a la Resolución 627 del 20 de Octubre de 2016, por medio de la cual se adopta el Manual Interno de Contratación de la entidad. **VIGÉSIMA QUINTA.- DOMICILIO**: Para todos los efectos el domicilio contractual es la ciudad de Bogotá D.C., y para efectos de notificaciones el **CONTRATISTA** autoriza el correo electrónico **NO REGISTRA.**

Para constancia se firma en Bogotá D.C. A los treinta y un (31) días del mes de Julio de dos mil diecisiete (2017).

VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO
GERENTE
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
CONTRATANTE

Martha Lucia Choachi

CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA
C.C. No. 51.997.599
CONTRATISTA

Los abajo firmantes declaremos que hemos proyectado y revisado este documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales por lo tanto lo presentamos para la firma.				
	Nombre	Cargo	Firma	Fecha(D-M-A)
Revisado por:	Mónica E. González Montes	Directora de Contratación		31/07/2017
Proyectado por:	Leidy Viviana Rodríguez Olivares	Apoyo - Profesional Universitario - Abogada		31/07/2017
Control de Calidad	Sandra Milena Duarte Roa	Apoyo - Profesional Especializado		31/07/2017

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Julio 31 de 2017 CRP. No. 2416

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO COPIA

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LOS NUMERALES 13 y 14 DEL ARTICULO 25 DE LA LEY 80 DE 1993. HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL ANO 2017 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: U01A COORDINACION MEDICA

CODIGO RUBRO.....: 11000132103000000000501
CODIGO PRESUPUESTAL.....: 321030501
NOMBRE RUBRO.....: CONTRATACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 15277

LA SUMA INICIAL DE : 1,202,676.00
CON UN REINTEGRO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 1.202,676.00
UN MILLON DOSCIENTOS DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: CONTRATACION AUXILIAR DE COCINA
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OP SO-2662
A NOMBRE DE: **CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA**
C.C. o NIT : **51997599**
OBJETO : CONTRATACION AUXILIAR DE COCINA

LA PRESENTE SE EXPIDE EN O A LOS 31 DIAS DEL MES DE Julio DE 2017.

NELLY ESPERANZA ZAMBRANO RUIZ
RESPONSABLE PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE PRESUPUESTAL Y SOMETIDA AL CUMPLIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO LEGALMENTE ESTABLECIDO QUE ES DE RESPONSABILIDAD DE LA OFICINA JURIDICA CORRESPONDIENTE.

COPIA Fec-Imp: 2017/08/17 Hor-Imp: 10:21:15 Usu-Imp: frecoro Ter: frecoro AAAA/MM: 2017-07 Dep: U01A cpocre 4.1.8

1605 AST 5

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	2
		Fecha de aprobación	31/03/2017
		Código:	EN PRUEBA

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51997599						
CORREO ELECTRONICO:	marthachoacho@gmail.com				CELULAR:	3115272650						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	NUTRICION				SEDE:	KENNEDY						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	P1-10	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570092296								PENSIONADO	NO		

INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	SO-2662			Nº DE PAGOS DEL CONTRATO			1 de 1				
NÚMERO DE CDP	1527	FECHA		NÚMERO DE CRP	2616	FECHA					
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE COCINA										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	8	2017		31	8	2017			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.202.676										
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo	RESERVA DE GLOSA 2%			NO APLICA						

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$1.202.676
VALOR EJECUTADO	$1.202.676
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.202.676
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$1,723,650**, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8876557460	$737.717,00	$92.300	$118.100	3	$18.000	$228.400

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de AGOSTO del año DOS MIL DIEZ Y SIETE (2017). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente

VIVIANA TEJERA PALACIO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA +A28:N46A26:N46A25:NA30:N46

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	SERVICIO DE ALIMENTOS					**Sede: UNIDAD KENNEDY**				
No. DE CONTRATO:	SO-2662	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	a	**Dia**	**Mes**	**Año**	
			1	8	2.017		31	8	2.017	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO					51.997.599	DE	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE COCINA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ NO ___ **Servicios:** SI _X_ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS			PRODUCTOS ENTREGADOS
1.Portar elementos de proteccion(gorro, tapabocas,guantes,batas) para el desarrollo de us actividades 2.aplicar principios establecidos en los instructivos y precedimientos del sedrvicio.3.Aplica las buenas practicas de manufacturas establecidas en el decreto 3075 de 1997.4.Utilizar uniformes de colores claros, sin bolsillos ni botones con zapato blanco cerrado en material no absorbente y antideslizantes, estos deben usarse con medias.5.ctuar oportuna y claramente registros de los formatos del area.6.Realizar las tare4as afines del objeto como son.7.Lavado de manos, desarrollar actividades de acuerdo a la organizacion del servicio.8.Elaboracion de preliminar diario.8.Alistamiento de carnes de acuerdo a la organizacion de cada piso.9.Elaboraciond e bebidas frias y calientes de acuerdo al momento de elaboracioon.10.Asistir a la servida de ddietas de acuerdo a lo solicitado por cada nutricionista de piso, teniendo en cuenta la buena practica.11.Entrega de dietas a cada paciente hospitalizado de acuerdo a su patologia.12.Recoger menaje en su debido tiempo desechando en bolsa pertinentes los sobrantes.13.Lavado de menaje y carros respectivos de acuerdo a la distribucion de sus pisos.Entrega de turno dejando todo en completo orden y desinfeccion. 14.Todo personal antes de ser contratado y durante el tempo de empleo debe someterse a exámenes médicos según el decreto 3075 de 1997. 15. presentar al supervisor de la orden de prestación de servicio el original y la copia del recibo y/o planilla correspondiente al pago de los aportes al sistema de seguridad social integral (salud y pensión) de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 2002 en concordancia con el artículo 1 de la ley 828 del 2003. 16 Realizar las acciones pertinentes apara la afiliación para la administradora de riesgos laborales ARL. 17 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios. 18 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios, 19. Responder y velar por el cuidado y mantenimiento de los bienes y elementos suministrados por la empresa que se necesitan para el desempeño de sus actividades para que el supervisor expida el certificado de cumplimiento a satisfacción, deberá constatar además que el contratista haya reintegrado los bienes y elementos en su totalidad en el estado en que lo recibió	100	Organización higienico-sanitaria del servicio de preparacion de la materia prima. Diligenciamiento de formatos exigidos por el area. Distribucin y entrega de dietas a pacientes.			

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($1.202.676,00) UN MILLON DOSCIENTOS DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS MONEDA LEGAL

Marthalucia choachi

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Martha Lucia Choachi CC 51997559 bogota

supervisor: Fecha : 08/2017 Firma de recibió

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor. 0

Maestro Afiliados Compensados

INFORMACION BASICA DEL AFILIADO

DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

TIPO DOCUMENTO	NUMERO DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	SEXO	ESTADO AFILIACION
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

TIPO DOCUMENTO	NUMERO DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	SEXO	ESTADO AFILIACION
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

TIPO DOCUMENTO	NUMERO DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EPS	ESTADO AFILIACION
CC	51997599	CHOACHI	COLORADO	MARTHA	LUCIA	2017-07	CRUZ BLANCA E.P.S.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS	PERIODO COMPENSADO	FECHA REGISTRO	DIAS COTIZADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
CRUZ BLANCA E.P.S.	07/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	06/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	05/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	04/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	03/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	02/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	01/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	12/2016	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	11/2016	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	10/2016	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	09/2016	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	08/2016	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	07/2016	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	06/2016	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	05/2016	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	04/2016	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	03/2016	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	02/2016	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	01/2016	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023

Servicios

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2017-08-09 03:18:06 PM Tipo Planilla: I. PLANILLA INDEPENDIENTES Numéro Planilla: 8855090720

Periodo Cotización: agosto de 2017 Periodo Servicio: agosto de 2017 Referencia pago (PIN): 8876557460

PAGADO 09/08/2017

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO		
Documento	CC51997599	Dirección	DG 48 S 13 ETE 48
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3115272550
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	UNICO
Ciudad	BOGOTA	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal	CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA	Identificación	CC 51997599
Total Afiliados	1	ARP	ARP SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud		Riesgos			Cajas		Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias APP	Dias EPS	Dias ARP	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
51997599	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO	59	00																						[illegible] COLFONDOS	$ 737.717	$ 118.100	EPS SANITAS	$ 737.717	$ 92.300	[illegible]	$ 737.717	$ 18.900	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 228.400

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 737.717	$ 737.717	$ 737.717	$ 0	$ 118.100	$ 92.300	$ 18.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 228.400	$ 0	$ 228.400

Martha lucia choachi
cc51997599 Bta

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de SIMPLE!

COLSUBSIDIO
20 DE JULIO

D O C U M E N T O S O P O R T E

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
FORMULA : 8876557460

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	228400
			228400

DOCUMENTO

1708090005824282
CONSECUTIVO: 001

AGO 09, 17 14:57

09/Ago/2017 14:58 1289 05 0284 1022972
(COPIA CLIENTE)

Martha Lucia Choachi

No. CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS	
SO-2662 - 2017	ADICION Y PRORROGA

ENTIDAD CONTRATANTE	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE	NIT. No. 900.959.048-4
REPRESENTANTE LEGAL	VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO C.C. 30.772.851 de Turbaco	Decreto de Nombramiento No. 161 del 05 de Abril de 2017
CONTRATISTA	CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA	**C.C. 51.997.599**

VALOR HORA CONTRATADA: 6.466	**CANTIDAD HORAS (MES): 186**

Entre los suscritos **VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 30.772.851 expedida en Turbaco (Bolívar), nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 161 del 05 de Abril de 2017 y posesionada el día 07 de abril de 2017, obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E,** Nit.900.959.048-4, creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, y como tal facultado para celebrar la presente ***Adición y Prórroga*** al contrato de prestación de servicios de conformidad con el Estatuto de Contratación de la Subred, quien en adelante se denomina el **CONTRATANTE**, por una parte y por la otra, **CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA,** mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con cédula de ciudadanía No.**51.997.599**, en su calidad de Contratista, hemos convenido celebrar la presente ***Adición y Prórroga*** al Contrato de Prestación de Servicios No. **SO-2662 de 2017,** previas las siguientes consideraciones: **1.-)** Que el día 31 de julio de 2017, entre la Subred Integrada De Servicios De Salud Sur Occidente ESE y el Contratista se celebró Contrato de Prestación de Servicios o contrato No. SO-2662 **de 2017,** cuyo objeto es prestar los servicios profesionales y de apoyo como AUXILIAR DE COCINA en el área de **NUTRICION** dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada De Servicios De Salud Sur Occidente ESE, de acuerdo a las necesidades de la Institución **2.-)** Que el plazo de ejecución inicial de la misma se pactó por el término de **Un (01) Mes**, contado a partir del 01 de agosto de 2017 hasta el 31 de agosto de 2017. **3.-)** Que el valor inicial del Contrato fue la suma de **UN MILLON DOSCIENTOS DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE. ($1.202.676,00). 4.-)** Que mediante requerimiento del **SUPERVISOR** del presente Contrato, solicitó adicionar el valor del mismo en un monto de **DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE. ($2.405.352,00)**, y prorrogar el plazo de ejecución del Contrato en un término de Dos (02) Meses más. **6.-)** Conforme a lo anterior las partes acuerdan: CLÁUSULA PRIMERA: Adicionar el valor del contrato **No. SO-2662 de 2017** en un monto de **DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE. ($2.405.352,00)**. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Prorrogar el plazo de ejecución en un término de Dos (02) Meses más, contados a partir del **01 de septiembre de 2017** hasta el día **31 de octubre de 2017**. **CLÁUSULA TERCERA:** Que como consecuencia de la presente adición el valor del contrato No. SO-2662 **de 2017**, para todos los efectos legales y fiscales quedará en la suma de **TRES MILLONES SEISCIENTOS OCHO MIL VEINTIOCHO PESOS M/CTE. ($3.608.028,00).CLÁUSULA CUARTA:** La suma de dinero a que la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE** queda obligado en virtud de esta Adición Prórroga, se subordina a las apropiaciones presupuéstales que de la misma se hagan en el respectivo presupuesto de la entidad y se pagará con cargo al Código Presupuestal **321030501 - Contratacion Servicios Asistenciales Generales**, según Certificado de Disponibilidad Presupuestal **No. 16710** de fecha 31 de agosto de 2017, expedido por el responsable del presupuesto del área financiera. En todo caso el pago estará supeditado al Programa Anual de Caja (PAC) mensualizado. **CLÁUSULA QUINTA:** El **CONTRATANTE** cancelará el valor total de la presente Adición, a titulo de honorarios, por mensualidades vencidas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el

supervisor del presente contrato, sobre la base de honorarios pactados mensuales, previa certificación de cumplimiento de las actividades pactadas y efectivamente realizadas. **CLÁUSULA SEXTA: EL CONTRATISTA:** se obliga a ampliar las garantías pactadas, (***si a ello hubiere lugar)*** descritas en el contrato inicial, por el valor adicionado y plazo prorrogado en los porcentajes y para los efectos pactados en esta adición; (si aplica) y además se obliga a presentarlas en la Dirección de Contratación del **Subred**, para su aprobación dentro de los Cinco (05) días, siguientes a la suscripción del presente documento. **CLÁUSULA SEPTIMA: MANIFESTACIÓN DE NO LAVADO DE ACTIVOS NI FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO:** El CONTRATISTA manifiesta bajo la gravedad de juramento que el origen de los recursos empleados para la ejecución del objeto del presente contrato son lícitos y ajenos a las actividades que comprenden el tipo penal de lavado de activos, conforme a las disposiciones legales vigentes, en especial el Art. 27 de la Ley 1121 de 2016 "*Por la cual se dictan normas para la prevención, detección, investigación y sanción de la financiación del terrorismo y otras disposiciones*" **CLÁUSULA OCTAVA:** Las demás condiciones y obligaciones del Contrato SO-2662 de 2017 se mantienen sin modificación. **CLÁUSULA NOVENA:** La presente Adición y Prórroga al Contrato de Prestación de Servicios No. SO-2662 **de 2017** se entiende perfeccionado con la firma de las partes. Para constancia se firma en Bogotá DC., a los **treinta y Un (31) días del mes de Agosto del año dos mil diecisiete (2017).**

VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO	Martha Lucia Choachi CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA C.C. 51.997.599
GERENTE	**CONTRATISTA**

Los abajo firmantes declaremos que hemos proyectado y revisado este documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales por lo tanto lo presentamos para la firma.				
	Nombre	Cargo	Firma	Fecha(D-M-A)
Revisado por:	Mónica E. González Montes	Directora Contratación Subred Suroccidente		31/08/2017
Elaborado por:	Leidy Viviana Rodríguez Olivares	Apoyo – Profesional Universitario - Abogada		31/08/2017
Control de Calidad:	Sandra Milena Duarte Roa	Apoyo – Profesional Especializado		31/08/2017

6037-3337

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	2
		Fecha de aprobación	31/03/2017
		Código:	EN PRUEBA

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51997599						
CORREO ELECTRONICO:	marthachoacho@gmail.com				CELULAR:	3115272550						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	NUTRICION				SEDE:	KENNEDY						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	P1-10	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570092296								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	SO-2662			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2 de 3				
NÚMERO DE CDP	16710	FECHA	31/08/17	NÚMERO DE CRP	2909	FECHA				
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE COCINA									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	9	2017		30	9	2017		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.202.676									
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo	RESERVA DE GLOSA 2%			NO APLICA					

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$3.608.028
VALOR EJECUTADO	$2.405.352
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.202.676
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.202.676
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$1,723,650**, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8870443220	$737.717,00	$92.300	$118.100	3	$18.000	$228.400

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de SEPTIEMBRE del año DOS MIL DIEZ Y SIETE (2017). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

VIVIANA TEJERA PALACIO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA +A28:N46A26:N46A25:NA30:N46

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2017-09-14, 03:09:21 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Numéro Planilla: 8870443220

Periodo Cotización: septiembre de 2017 Periodo Servicio: septiembre de 2017 Referencia pago (PIN): 8876557460

PAGADO 14/09/2017

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO		
Documento	CC51997599	**Dirección**	DG 48 S 13 ETE 48
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3115272550
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA	**Identificación**	CC 51997599
Total Afiliados	1	**ARP**	ARP SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APF	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 51997599	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO	59	00																0		30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 737.717	$ 118.100	(EPS023) CRUZ BLANCA EPS	$ 737.717	$ 92.300	2,436	$ 737.717	$ 18.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 228.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 737.717	$ 737.717	$ 737.717	$ 0	$ 118.100	$ 92.300	$ 18.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 228.400	$ 0	$ 228.400

Martha lucia choachi
CC-51997599.

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

COLSUBSIDIO
20 DE JULIO

D O C U M E N T O S O P O R T E

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
FORMULA : 8876557460

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	228400
			228400

DOCUMENTO

1709140005839647
CONSECUTIVO: 001

SEP 14, 17 14:47

14/Sep/2017 14:47 1289 05 0178 1012354
(COPIA CLIENTE)

Martha Lucia Achoachi
51997599 Btá

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	SERVICIO DE ALIMENTOS					Sede: UNIDAD KENNEDY				
No. DE CONTRATO:	SO-2662	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	9	2.017		30	9	2.017	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO					51.997.599	DE	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinacion ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE COCINA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ **Servicios:** SI _X__ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS			PRODUCTOS ENTREGADOS
1.Portar elementos de proteccion(gorro, tapabocas,guantes,batas) para el desarrollo de us actividades 2.aplicar principios establecidos en los instructivos y precedimientos del sedrvicio.3.Aplica las buenas practicas de manufacturas establecidas en el decreto 3075 de 1997.4.Utilizar uniformes de colores claros, sin bolsillos ni botones con zapato blanco cerrado en material no absorbente y antideslizantes, estos deben usarse con medias.5.ctuar oportuna y claramente registros de los formatos del area.6.Realizar las tare4as afines del objeto como son.7.Lavado de manos, desarrollar actividades de acuerdo a la organizacion del servicio.8.Elaboracion de preliminar diario.8.Alistamiento de carnes de acuerdo a la organizacion de cada piso.9.Elaboraciond e bebidas frias y calientes de acuerdo al momento de elaboracioon.10.Asistir a la servida de ddietas de acuerdo a lo solicitado por cada nutricionista de piso, teniendo en cuenta la buena practica.11.Entrega de dietas a cada paciente hospitalizado de acuerdo a su patologia.12.Recoger menaje en su debido tiempo desechando en bolsa pertinentes los sobrantes.13.Lavado de menaje y carros respectivos de acuerdo a la distribucion de sus pisos.Entrega de turno dejando todo en completo orden y desinfeccion. 14.Todo personal antes de ser contratado y durante el tempo de empleo debe someterse a exámenes médicos según el decreto 3075 de 1997. 15. presentar al supervisor de la orden de prestación de servicio el original y la copia del recibo y/o planilla correspondiente al pago de los aportes al sistema de seguridad social integral (salud y pensión) de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 2002 en concordancia con el artículo 1 de la ley 828 del 2003. 16 Realizar las acciones pertinentes apara la afiliación para la administradora de riesgos laborales ARL. 17 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios. 18 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios, 19. Responder y velar por el cuidado y mantenimiento de los bienes y elementos suministrados por la empresa que se necesitan para el desempeño de sus actividades para que el supervisor expida el certificado de cumplimiento a satisfacción, deberá constatar además que el contratista haya reintegrado los bienes y elementos en su totalidad en el estado en que lo recibió	100	Organización higienico-sanitaria del servicio de preparacion de la materia prima. Diligenciamiento de formatos exigidos por el area. Distribucin y entrega de dietas a pacientes.			

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($1.202.676,00) UN MILLON DOSCIENTOS DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS MONEDA LEGAL

Martha Lucia Choachi

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Martha Lucia Choachi CC 51997559 bogota

Fecha: 09/2017 Firma de recibido supervisor

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor. 0

4298

Secretaría Distrital de Salud — Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	31/02/2017	
		Código	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51997599						
CORREO ELECTRONICO:	marthachoachi@gmail.com				CELULAR:	3115272550						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.					KE10							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	KE10				SEDE:	KENNEDY						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	P01	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA:	570092296								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	SO-2662-2017			N° DE PAGOS DEL CONTRATO				3 DE 3		
NÚMERO DE CDP	16710	FECHA	31/08/2017	NÚMERO DE CRP	79309	FECHA				
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DECOCINA									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	10	2017		31	10	2017		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.202.676									
TIPO DE SERVICIOS:	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$3.606.028
VALOR EJECUTADO:	$3.606.028
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.202.676
VALOR A LIBERAR:	$0
SALDO POR EJECUTAR:	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $0.000.000 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Numero de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8890829230	$738.000,00	$92.250	$118.100	3	$18.000	$228.350

Dado en Bogota a los (18) dias del mes de OCTUBRE del ano Dos Mil DIECISIETE(2017). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente.

ANGELA RIOS MORATO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR (E):

Martha lucia choachi
MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Vo.Bo. DRA. DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	SERVICIO DE ALIMENTOS					**Sede: UNIDAD KENNEDY**			
No. DE CONTRATO:	SO-2662	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	10	2.017		31	10	2.017
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO					51.997.599	**DE**		BOGOTA

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE COCINA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ NO ___ **Servicios:** SI _X__ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS			PRODUCTOS ENTREGADOS
1.Portar elementos de proteccion(gorro, tapabocas,guantes,batas) para el desarrollo de us actividades 2.aplicar principios establecidos en los instructivos y precedimientos del sedrvicio.3.Aplica las buenas practicas de manufacturas establecidas en el decreto 3075 de 1997.4.Utilizar uniformes de colores claros, sin bolsillos ni botones con zapato blanco cerrado en material no absorbente y antideslizantes, estos deben usarse con medias.5.ctuar oportuna y claramente registros de los formatos del area.6.Realizar las tare4as afines del objeto como son.7.Lavado de manos, desarrollar actividades de acuerdo a la organizacion del servicio.8.Elaboracion de preliminar diario.8.Alistamiento de carnes de acuerdo a la organizacion de cada piso.9.Elaboraciond e bebidas frias y calientes de acuerdo al momento de elaboracion.10.Asistir a la servida de ddietas de acuerdo a lo solicitado por cada nutricionista de piso, teniendo en cuenta la buena practica.11.Entrega de dietas a cada paciente hospitalizado de acuerdo a su patologia.12.Recoger menaje en su debido tiempo desechando en bolsa pertinentes los sobrantes.13.Lavado de menaje y carros respectivos de acuerdo a la distribucion de sus pisos.Entrega de turno dejando todo en completo orden y desinfeccion. 14.Todo personal antes de ser contratado y durante el tempo de empleo debe someterse a exámenes médicos según el decreto 3075 de 1997. 15. presentar al supervisor de la orden de prestación de servicio el original y la copia del recibo y/o planilla correspondiente al pago de los aportes al sistema de seguridad social integral (salud y pensión) de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 2002 en concordancia con el artículo 1 de la ley 828 del 2003. 16 Realizar las acciones pertinentes apara la afiliación para la administradora de riesgos laborales ARL. 17 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios. 18 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios, 19. Responder y velar por el cuidado y mantenimiento de los bienes y elementos suministrados por la empresa que se necesitan para el desempeño de sus actividades para que el supervisor expida el certificado de cumplimiento a satisfaccion, deberá constatar además que el contratista haya reintegrado los bienes y elementos en su totalidad en el estado en que lo recibió	100	Organización higienico-sanitaria del servicio de preparacion de la materia prima. Diligenciamiento de formatos exigidos por el area. Distribucin y entrega de dietas a pacientes.			

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($1.202.676,00) UN MILLON DOSCIENTOS DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS MONEDA LEGAL

Martha lucia choachi

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Martha Lucia Choachi CC 51997559 bogota

Fecha: 08/2017 Firma de recibido supervisor:

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor. 0

Martha

COLSUBSIDIO
20 DE JULIO

D O C U M E N T O S O P O R T E

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
FORMULA. : 8876557460

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	228400
			228400

DOCUMENTO

1710100005854921
CONSECUTIVO: 001

OCT 10, 17 14:19

10/Oct/2017 14:19 1289 05 0260 1032482
(COPIA CLIENTE)

Marthalucia Choachi

Angela Rios Morales

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2017-10-10, 02:48:34 PM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Numéro Planilla: 8890829230

Periodo Cotización: octubre de 2017 | Periodo Servicio: octubre de 2017 | Referencia pago (PIN): 8876557460

PAGADO 10/10/2017

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO		
Documento	CC51997599	**Dirección**	DG 48 S 13 ETE 48
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3115272550
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA	**Identificación**	CC 51997599
Total Afiliados	1	**ARP**	ARP SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 51997599	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 737.717	$ 118.100	(EPS023) CRUZ BLANCA EPS	$ 737.717	$ 92.300	2,436	$ 737.717	$ 18.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 228.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 737.717	$ 737.717	$ 737.717	$ 0	$ 118.100	$ 92.300	$ 18.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 228.400	$ 0	$ 228.400

Martha Lucia Choachi
Cc. 51997599

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

No. CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS	
SO-2662 - 2017	**ADICION Y PRORROGA**

ENTIDAD CONTRATANTE	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE**	NIT. No. 900.959.048-4
REPRESENTANTE LEGAL	**VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO** C.C. 30.772.851 de Turbaco	Decreto de Nombramiento No. 161 del 05 de Abril de 2017
CONTRATISTA	**CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA**	**C. C. 51.997.599**
VALOR HORA CONTRATADA: 6.466		**CANTIDAD HORAS (MES): 186**

Entre los suscritos **VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 30.772.851 expedida en Turbaco (Bolívar), nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 161 del 05 de Abril de 2017 y posesionada el día 07 de abril de 2017, obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E,** Nit.900.959.048-4, creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, y como tal facultado para celebrar la presente ***Adición y Prórroga*** al contrato de prestación de servicios de conformidad con el Estatuto de Contratación de la Subred, quien en adelante se denomina el **CONTRATANTE**, por una parte y por la otra, **CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA,** mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con cédula de ciudadanía No.**51.997.599**, en su calidad de Contratista, hemos convenido celebrar la presente ***Adición y Prórroga*** al Contrato de Prestación de Servicios No. **SO-2662 de 2017,** previas las siguientes consideraciones: **1.-)** Que el día 31 de julio de 2017, entre la Subred Integrada De Servicios De Salud Sur Occidente ESE y el Contratista se celebró Contrato de Prestación de Servicios o contrato No. SO-2662 **de 2017**, cuyo objeto es prestar los servicios profesionales y de apoyo como **AUXILIAR DE COCINA** en el área de **NUTRICION** dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada De Servicios De Salud Sur Occidente ESE, de acuerdo a las necesidades de la Institución **2.-)** Que el plazo de ejecución inicial de la misma se pactó por el término de **Un (01) Mes**, contado a partir del 01 de agosto de 2017 hasta el 31 de agosto de 2017. **3.-)** Que el valor inicial del Contrato fue la suma de **UN MILLON DOSCIENTOS DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE. ($1.202.676,00). 4.-)** Que el contrato ha sido objeto de **1 ADICION y 1 PRORROGA**, con un valor acumulado de **TRES MILLONES SEISCIENTOS OCHO MIL VEINTIOCHO PESOS M/CTE. ($3.608.028.oo)** y fecha final de terminación el día **31 de octubre de 2017. 5.)** Que mediante requerimiento del **SUPERVISOR** del presente Contrato, solicitó adicionar el valor del mismo en un monto de **UN MILLON DOSCIENTOS DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE.($1.202.676,00)**,, y prorrogar el plazo de ejecución del Contrato en un término de UN (01) MES más. **6.-)** Conforme a lo anterior las partes acuerdan: **CLÁUSULA PRIMERA:** Adicionar el valor del contrato **No. SO-2662 de 2017** en un monto de **UN MILLON DOSCIENTOS DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE.($1.202.676,00)**,,. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Prorrogar el plazo de ejecución en un término de **UN (01) MES** más, contados a partir del **01 de noviembre de 2017** hasta el día **30 de noviembre de 2017. CLÁUSULA TERCERA:** Que como consecuencia de la presente adición el valor del contrato No. SO-2662 **de 2017**, para todos los efectos legales y fiscales quedará en la suma de **CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS DIEZ MIL SETECIENTOS CUATRO PESOS M/CTE. ($4.810.704,00).CLÁUSULA CUARTA:** La suma de dinero a que la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE** queda obligado en virtud de esta Adición Prórroga, se subordina a las apropiaciones presupuéstales que de la misma se hagan en el respectivo presupuesto de la entidad y se pagará con cargo al Código Presupuestal **321030501 - Contratacion Servicios Asistenciales Generales**, según Certificado de Disponibilidad Presupuestal **No. 19639** de fecha 30 de octubre de 2017, expedido por el responsable del presupuesto del área financiera. En todo caso el pago estará supeditado al Programa Anual de Caja (PAC) mensualizado. **CLÁUSULA QUINTA:** El **CONTRATANTE**

cancelará el valor total de la presente Adición, a título de honorarios, por mensualidades vencidas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del presente contrato, sobre la base de honorarios pactados mensuales, previa certificación de cumplimiento de las actividades pactadas y efectivamente realizadas. **CLÁUSULA SEXTA: EL CONTRATISTA:** se obliga a ampliar las garantías pactadas, (***si a ello hubiere lugar)*** descritas en el contrato inicial, por el valor adicionado y plazo prorrogado en los porcentajes y para los efectos pactados en esta adición; (si aplica) y además se obliga a presentarlas en la Dirección de Contratación del **Subred,** para su aprobación dentro de los Cinco (05) días, siguientes a la suscripción del presente documento. **CLÁUSULA SEPTIMA: MANIFESTACIÓN DE NO LAVADO DE ACTIVOS NI FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO:** El CONTRATISTA manifiesta bajo la gravedad de juramento que el origen de los recursos empleados para la ejecución del objeto del presente contrato son lícitos y ajenos a las actividades que comprenden el tipo penal de lavado de activos, conforme a las disposiciones legales vigentes, en especial el Art. 27 de la Ley 1121 de 2016 "*Por la cual se dictan normas para la prevención, detección, investigación y sanción de la financiación del terrorismo y otras disposiciones"* **CLÁUSULA OCTAVA:** Las demás condiciones y obligaciones del Contrato SO-2662 de 2017 se mantienen sin modificación. **CLÁUSULA NOVENA:** La presente Adición y Prórroga al Contrato de Prestación de Servicios No. SO-2662 **de 2017** se entiende perfeccionado con la firma de las partes. Para constancia se firma en Bogotá DC., a los **31 de octubre de 2017**

VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO	**CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA** **C.C. 51.997.599**
GERENTE	**CONTRATISTA**

Los abajo firmantes declaremos que hemos proyectado y revisado este documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales por lo tanto lo presentamos para la firma.				
	Nombre	Cargo	Firma	Fecha(D-M-A)
Revisado por:	Mónica E. González Montes	Directora Contratación Subred Suroccidente		**31 de octubre de 2017**
Elaborado por:	Leidy Viviana Rodríguez Olivares	Apoyo – Profesional Universitario - Abogada		**31 de octubre de 2017**
Control de Calidad:	Sandra Milena Duarte Roa	Apoyo – Profesional Especializado		**31 de octubre de 2017**

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	2
		Fecha de aprobación	31/03/2017
		Código:	EN PRUEBA

6317

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51997599						
CORREO ELECTRONICO:	marthachoacho@gmail.com				CELULAR:	3115272550						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						KE 10						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	NUTRICION				SEDE:							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	P01	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570092296						PENSIONADO	NO				

INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	SO-2662			N° DE PAGOS DEL CONTRATO	4 de 4						
NÚMERO DE CDP	16710	FECHA	31/08/17	NÚMERO DE CRP	3637	FECHA					
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE COCINA										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	11	2017		30	11	2017			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.202.676										
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$4.810.704
VALOR EJECUTADO	$4.810.704
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.202.676
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$1,723,650**, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1008679239	$737.717,00	$92.300	$118.100	3	$18.000	**$228.400**

Dado en Bogotá a los (16) días del mes de NOVIEMBRE del año DOS MIL DIEZ Y SIETE (2017). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

Viviana Tejera

VIVIANA TEJERA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Martha Lucia Choachi

MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION - CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2017-11-14, 03:46:32 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1008679239

Periodo Cotización: noviembre de 2017 **Periodo Servicio:** noviembre de 2017 **Referencia pago (PIN):** 8876557460

PAGADO 14/11/2017

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO		
Documento	CC51997599	**Dirección**	DG 48 S 13 ETE 48
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3115272550
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA	**Identificación**	CC 51997599
Total Afiliados	1	**ARP**	ARP SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APF	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 51997599	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 737.717	$ 118.100	(EPS023) CRUZ BLANCA EPS	$ 737.717	$ 92.300	2,436	$ 737.717	$ 18.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 228.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 737.717	$ 737.717	$ 737.717	$ 0	$ 118.100	$ 92.300	$ 18.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 228.400	$ 0	$ 228.400

Martha Lucia Choachi
51997599

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

COLSUBSIDIO
20 DE JULIO

D O C U M E N T O S O P O R T E

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
FORMULA : 8876557460

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	228400
			228400

DOCUMENTO

171114000585110
CONSECUTIVO: 001

NOV 14, 17 15:41

14/Nov/2017 15:41 1289 05 0278 1049641
(COPIA CLIENTE)

Martha Lucia Choachi

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	SERVICIO DE ALIMENTOS					**Sede:** UNIDAD KENNEDY			
No. DE CONTRATO:	SO-2662	**Período certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	11	2.017		30	11	2.017
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO				51.997.599	**DE**	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE COCINA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ **Servicios:** SI _X__ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS			PRODUCTOS ENTREGADOS
1.Portar elementos de proteccion(gorro, tapabocas,guantes,batas) para el desarrollo de us actividades 2.aplicar principios establecidos en los instructivos y precedimientos del sedrvicio.3.Aplica las buenas practicas de manufacturas establecidas en el decreto 3075 de 1997.4.Utilizar uniformes de colores claros, sin bolsillos ni botones con zapato blanco cerrado en material no absorbente y antideslizantes, estos deben usarse con medias.5.ctuar oportuna y claramente registros de los formatos del area.6.Realizar las tare4as afines del objeto como son.7.Lavado de manos, desarrollar actividades de acuerdo a la organizacion del servicio.8.Elaboracion de preliminar diario.8.Alistamiento de carnes de acuerdo a la organizacion de cada piso.9.Elaboracionde bebidas frias y calientes de acuerdo al momento de elaboracioon.10.Asistir a la servida de ddietas de acuerdo a lo solicitado por cada nutricionista de piso, teniendo en cuenta la buena practica.11.Entrega de dietas a cada paciente hospitalizado de acuerdo a su patologia.12.Recoger menaje en su debido tiempo desechando en bolsa pertinentes los sobrantes.13.Lavado de menaje y carros respectivos de acuerdo a la distribucion de sus pisos.Entrega de turno dejando todo en completo orden y desinfeccion. 14.Todo personal antes de ser contratado y durante el tempo de empleo debe someterse a exámenes médicos según al decreto 3075 de 1997. 15. presentar al supervisor de la orden de prestación de servicio el original y la copia del recibo y/o planilla correspondiente al pago de los aportes al sistema de seguridad social integral (salud y pensión) de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 2002 en concordancia con el artículo 1 de la ley 828 del 2003. 16 Realizar las acciones pertinentes apara la afiliación para la administradora de riesgos laborales ARL. 17 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios. 18 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios, 19. Responder y velar por el cuidado y mantenimiento de los bienes y elementos suministrados por la empresa que se necesitan para el desempeño de sus actividades para que el supervisor expida el certificado de cumplimiento a satisfacción, deberá constatar además que el contratista haya reintegrado los bienes y elementos en su totalidad en el estado en que lo recibió	100	Organización higienico-sanitaria del servicio de preparacion de la materia prima. Diligenciamiento de formatos exigidos por el area. Distribucin y entrega de dietas a pacientes.			

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($1.202.676,00) UN MILLON DOSCIENTOS DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS MONEDA LEGAL

Martha lucia choachi

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Martha Lucia Choachi CC 51997559 bogota

Fecha (DD/MM) y Firma de recibido

supervisor

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor. 0

Usuario - CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA

Informe general | Usuario

Ítem de calificación	Peso calculado	Calificación	Rango	Porcentaje	Retroalimentación	Aporta al total del curso
REINDUCCIÓN GENERAL						
Test. Módulo 1	14.29 %	10.00	0–10	100.00 %		14.29 %
Test. Módulo 3	14.29 %	10.00	0–10	100.00 %		14.29 %
Test. Módulo 6	14.29 %	9.60	0–10	96.00 %		13.71 %
Test. Módulo 5	14.29 %	7.50	0–10	75.00 %		10.71 %
Test. Módulo 7.	14.29 %	8.38	0–10	83.85 %		11.98 %
Test. Módulo 4	14.29 %	8.00	0–10	80.00 %		11.43 %
Responde las siguientes preguntas	14.29 %	7.40	0–10	74.00 %		10.57 %
Pretest	0.00 % (Vacío)	-	0–10	-		0.00 %
Σ Total del curso	-	**60.88**	**0–70**	**86.98 %**		-

"El Ministerio de la Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en los decretos 2280 de 2005 y 1013 de 1998 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente al Consorcio SAYP 2011 y está proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO
DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

No records to display.

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

No records to display.

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

CC	51907549	CHOACHI	COLORADO	MARTHA	LUCIA	2017-10	CRUZ BLANCA E.P.S.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

CRUZ BLANCA E.P.S.	10/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	09/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	08/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	07/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	06/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	05/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	04/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	03/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	02/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023

No. CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS	
SO-2662 - 2017	ADICION Y PRORROGA

ENTIDAD CONTRATANTE	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE	NIT. No. 900.959.048-4
REPRESENTANTE LEGAL	VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO C.C. 30.772.851 de Turbaco	Decreto de Nombramiento No. 161 del 05 de Abril de 2017
CONTRATISTA	CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA	**C. C. 51.997.599**
VALOR HORA CONTRATADA: 6.466		**CANTIDAD HORAS (MES): 186**

Entre los suscritos **VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 30.772.851 expedida en Turbaco (Bolívar), nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 161 del 05 de Abril de 2017 y posesionada el día 07 de abril de 2017, obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**, Nit.900.959.048-4, creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, y como tal facultado para celebrar la presente ***Adición y Prórroga*** al contrato de prestación de servicios de conformidad con el Estatuto de Contratación de la Subred, quien en adelante se denomina el **CONTRATANTE**, por una parte y por la otra, **CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA,** mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con cédula de ciudadanía No.**51.997.599**, en su calidad de Contratista, hemos convenido celebrar la presente ***Adición y Prórroga*** al Contrato de Prestación de Servicios No. **SO-2662 de 2017,** previas las siguientes consideraciones: **1.-)** Que el día 31 de julio de 2017, entre la Subred Integrada De Servicios De Salud Sur Occidente ESE y el Contratista se celebró Contrato de Prestación de Servicios o contrato No. SO-2662 **de 2017,** cuyo objeto es prestar los servicios profesionales y de apoyo como AUXILIAR DE COCINA en el área de **NUTRICION** dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada De Servicios De Salud Sur Occidente ESE, de acuerdo a las necesidades de la Institución **2.-)** Que el plazo de ejecución inicial de la misma se pactó por el término de **Un (01) Mes**, contado a partir del 01 de agosto de 2017 hasta el 31 de agosto de 2017. **3.-)** Que el valor inicial del Contrato fue la suma de **UN MILLON DOSCIENTOS DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE. ($1.202.676,00). 4.-)** Que el contrato ha sido objeto de **2 ADICIONES y 2 PRORROGAS,** con un valor acumulado de **CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS DIEZ MIL SETECIENTOS CUATRO PESOS M/CTE. ($4.810.704.oo)** y fecha final de terminación el día **30 de noviembre de 2017. 5.)** Que mediante requerimiento del **SUPERVISOR** del presente Contrato, solicitó adicionar el valor del mismo en un monto de **UN MILLON DOSCIENTOS DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE.($1.202.676,00)**, y prorrogar el plazo de ejecución del Contrato en un término de **UN (01) MES** más. **6.-)** Conforme a lo anterior las partes acuerdan: **CLÁUSULA PRIMERA:** Adicionar el valor del contrato **No. SO-2662 de 2017** en un monto de **UN MILLON DOSCIENTOS DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE.($1.202.676,00)**. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Prorrogar el plazo de ejecución en un término de **UN (01) MES** más, contados a partir del **01 de diciembre de 2017** hasta el día **31 de diciembre de 2017. CLÁUSULA TERCERA:** Que como consecuencia de la presente adición el valor del contrato No. SO-2662 **de 2017**, para todos los efectos legales y fiscales quedará en la suma de **SEIS MILLONES TRECE MIL TRESCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE. ($6.013.380,00).CLÁUSULA CUARTA:** La suma de dinero a que la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE** queda obligado en virtud de esta Adición Prórroga, se subordina a las apropiaciones presupuéstales que de la misma se hagan en el respectivo presupuesto de la entidad y se pagará con cargo al Código Presupuestal **321030501 - Contratacion Servicios Asistenciales Generales**, según Certificado de Disponibilidad Presupuestal **No. 19805** de fecha 30 de noviembre de 2017, expedido por el responsable del presupuesto del área financiera. En todo caso el pago estará supeditado al Programa Anual de Caja (PAC) mensualizado. **CLÁUSULA QUINTA:** El **CONTRATANTE**

cancelará el valor total de la presente Adición, a título de honorarios, por mensualidades vencidas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del presente contrato, sobre la base de honorarios pactados mensuales, previa certificación de cumplimiento de las actividades pactadas y efectivamente realizadas. **CLÁUSULA SEXTA: EL CONTRATISTA:** se obliga a ampliar las garantías pactadas, (***si a ello hubiere lugar)*** descritas en el contrato inicial, por el valor adicionado y plazo prorrogado en los porcentajes y para los efectos pactados en esta adición; (si aplica) y además se obliga a presentarlas en la Dirección de Contratación del **Subred,** para su aprobación dentro de los Cinco (05) días, siguientes a la suscripción del presente documento. **CLÁUSULA SEPTIMA: MANIFESTACIÓN DE NO LAVADO DE ACTIVOS NI FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO:** El CONTRATISTA manifiesta bajo la gravedad de juramento que el origen de los recursos empleados para la ejecución del objeto del presente contrato son lícitos y ajenos a las actividades que comprenden el tipo penal de lavado de activos, conforme a las disposiciones legales vigentes, en especial el Art. 27 de la Ley 1121 de 2016 "*Por la cual se dictan normas para la prevención, detección, investigación y sanción de la financiación del terrorismo y otras disposiciones"* **CLÁUSULA OCTAVA:** Las demás condiciones y obligaciones del Contrato SO-2662 de 2017 se mantienen sin modificación. **CLÁUSULA NOVENA:** La presente Adición y Prórroga al Contrato de Prestación de Servicios No. SO-2662 **de 2017** se entiende perfeccionado con la firma de las partes. Para constancia se firma en Bogotá DC., a los **30 de noviembre de 2017**

VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO	CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA C.C. 51.997.599
GERENTE	**CONTRATISTA**

Los abajo firmantes declaremos que hemos proyectado y revisado este documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales por lo tanto lo presentamos para la firma.				
	Nombre	Cargo	Firma	Fecha(D-M-A)
Revisado por:	Mónica E. González Montes	Directora Contratación Subred Suroccidente		**30 de noviembre de 2017**
Elaborado por:	Leidy Viviana Rodriguez Olivares	Apoyo – Profesional Universitario - Abogada		**30 de noviembre de 2017**
Control de Calidad:	Sandra Milena Duarte Roa	Apoyo – Profesional Especializado		**30 de noviembre de 2017**

8478

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Version	2
		Fecha de aprobación	31/03/2017
		Código:	EN PRUEBA

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51997599						
CORREO ELECTRONICO:	marthachoacho@gmail.com				CELULAR:	3115272550						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KE10											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	KW10				SEDE:	KENNEDY						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	P01	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570092296								PENSIONADO	NO		

INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	SO-2662			Nº DE PAGOS DEL CONTRATO			5 de 5				
NÚMERO DE CDP	19805	FECHA	30/11/17	NÚMERO DE CRP	40394		FECHA				
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE COCINA										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	12	2017		31	12	2017			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.202.676										
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo	RESERVA DE GLOSA 2%			NO APLICA						

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$6.013.380
VALOR EJECUTADO	$6.013.380
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.202.676
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$1,723,650**, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1009334694	$737.717,00	$92.300	$118.100	3	$18.000	**$228.400**

Dado en Bogotá a los (12) días del mes de DICIEMBRE del año DOS MIL DIEZ Y SIETE (2017). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

Viviana Tejera

VIVIANA TEJERA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Martha Lucia Choachi

MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	SERVICIO DE ALIMENTOS					**Sede: UNIDAD KENNEDY**			
	SO-2662	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	12	2.017		31	12	2.017
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO				51.997.599		DE		BOGOTA

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE COCINA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI _X__ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS			PRODUCTOS ENTREGADOS
1.Portar elementos de proteccion(gorro, tapabocas,guantes,batas) para el desarrollo de us actividades 2.aplicar principios establecidos en los instructivos y precedimientos del sedrvicio.3.Aplica las buenas practicas de manufacturas establecidas en el decreto 3075 de 1997.4.Utilizar uniformes de colores claros, sin bolsillos ni botones con zapato blanco cerrado en material no absorbente y antideslizantes, estos deben usarse con medias.5.ctuar oportuna y claramente registros de los formatos del area.6.Realizar las tare4as afines del objeto como son.7.Lavado de manos, desarrollar actividades de acuerdo a la organizacion del servicio.8.Elaboracion de preliminar diario.8.Alistamiento de carnes de acuerdo a la organizacion de cada piso.9.Elaboraciond e bebidas frias y calientes de acuerdo al momento de elaboracioon.10.Asistir a la servida de ddietas de acuerdo a lo solicitado por cada nutricionista de piso, teniendo en cuenta la buena practica.11.Entrega de dietas a cada paciente hospitalizado de acuerdo a su patologia.12.Recoger menaje en su debido tiempo desechando en bolsa pertinentes los sobrantes.13.Lavado de menaje y carros respectivos de acuerdo a la distribucion de sus pisos.Entrega de turno dejando todo en completo orden y desinfeccion. 14.Todo personal antes de ser contratado y durante el tempo de empleo debe someterse a exámenes médicos según el decreto 3075 de 1997. 15. presentar al supervisor de la orden de prestación de servicio el original y la copia del recibo y/o planilla correspondiente al pago de los aportes al sistema de seguridad social integral (salud y pensión) de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 2002 en concordancia con el artículo 1 de la ley 828 del 2003. 16 Realizar las acciones pertinentes apara la afiliación para la administradora de riesgos laborales ARL. 17 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios. 18 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios, 19. Responder y velar por el cuidado y mantenimiento de los bienes y elementos suministrados por la empresa que se necesitan para el desempeño de sus actividades para que el supervisor expida el certificado de cumplimiento a satisfacción, deberá constatar además que el contratista haya reintegrado los bienes y elementos en su totalidad en el estado en que lo recibió	100	Organización higienico-sanitaria del servicio de preparacion de la materia prima. Diligenciamiento de formatos exigidos por el area. Distribucin y entrega de dietas a pacientes.			

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($1.202.676,00) UN MILLON DOSCIENTOS DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS MONEDA LEGAL

Martha Lucia Choachi

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Martha Lucia Choachi CC 51997559 bogota

Fecha 11/2017 Firma de recibido

Supervisor:

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor. 0

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2017-12-11, 02:46:10 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1009334694

Periodo Cotización: diciembre de 2017 **Periodo Servicio:** diciembre de 2017 **Referencia pago (PIN):** 8876557460

PAGADO 11/12/2017

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO		
Documento	CC51997599	**Dirección**	DG 48 S 13 ETE 48
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3115272550
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA	**Identificación**	CC 51997599
Total Afiliados	1	**ARP**	ARP SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días ARP	Días EPS	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 51997599	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO	59	00																	0	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 737,717	$ 118,100	(EPS023) CRUZ BLANCA EPS	$ 737,717	$ 92,300	2,436	$ 737,717	$ 18,000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 228,400

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 737,717	$ 737,717	$ 737,717	$ 0	$ 118,100	$ 92,300	$ 18,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 228,400	$ 0	$ 228,400

Marthaluciachoachi

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

COLSUBSIDIO
VENECIA

DOCUMENTO SOPORTE

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
FORMULA : 8878557460

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	228400
			228400

DOCUMENTO

1712110002522519
CONSECUTIVO: 001

DIC 11, 17 14:51

11/Dic/2017 14:52 1387 02 0242 1053340
(COPIA CLIENTE)

Marthafucia Choachi

No. CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS	
SO-2662 - 2017	ADICION Y PRORROGA

ENTIDAD CONTRATANTE	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE	NIT. No. 900.959.048-4
REPRESENTANTE LEGAL	VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO C.C. 30.772.851 de Turbaco	Decreto de Nombramiento No. 161 del 05 de Abril de 2017
CONTRATISTA	CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA	C. C. 51.997.599

VALOR HORA CONTRATADA: 6.466	CANTIDAD HORAS: 93

Entre los suscritos **VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 30.772.851 expedida en Turbaco (Bolívar), nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 161 del 05 de Abril de 2017 y posesionada el día 07 de abril de 2017, obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E,** Nit.900.959.048-4, creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, y como tal facultado para celebrar la presente ***Adición y Prórroga*** al contrato de prestación de servicios de conformidad con el Estatuto de Contratación de la Subred, quien en adelante se denomina el **CONTRATANTE**, por una parte y por la otra, **CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA** mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con cédula de ciudadanía No.**51.997.599**, en su calidad de Contratista, hemos convenido celebrar la presente ***Adición y Prórroga*** al Contrato de Prestación de Servicios No. **SO-2662 de 2017,** previas las siguientes consideraciones: **1.-)** Que el día 31 de julio de 2017, entre la Subred Integrada De Servicios De Salud Sur Occidente ESE y el Contratista se celebró Contrato de Prestación de Servicios o contrato No. SO-2662 **de 2017,** cuyo objeto es prestar los servicios de apoyo como **AUXILIAR DE COCINA** en el área de **NUTRICION** dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada De Servicios De Salud Sur Occidente ESE, de acuerdo a las necesidades de la Institución **2.-)** Que el plazo de ejecución inicial de la misma se pactó por el término de **Un (01) Mes**, contado a partir del 01 de agosto de 2017 hasta el 31 de agosto de 2017. **3.-)** Que el valor inicial del Contrato fue la suma de **UN MILLON DOSCIENTOS DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE. ($1.202.676,00). 4.-)** Que el Contrato No. SO-2662 - 2017 ha sido objeto de **3 PRORROGAS Y 3 ADICIONES**, con fecha de terminación el día **31 de diciembre de 2017** y acumulado total del contrato por valor de **SEIS MILLONES TRECE MIL TRESCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE. ($6.013.380,00) 5.-)** Que mediante requerimiento del **SUPERVISOR** del presente Contrato, solicitó adicionar el valor del mismo en un monto de **SEISCIENTOS UNO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE. ($601.338,00)**, y prorrogar el plazo de ejecución del Contrato en un término de **QUINCE (15) DIAS CALENDARIO** más. **6.-)** Conforme a lo anterior las partes acuerdan: **CLÁUSULA PRIMERA:** Adicionar el valor del contrato **No. SO-2662 - 2017** en un monto de **SEISCIENTOS UNO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE. ($601.338,00)**. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Prorrogar el plazo de ejecución en un término de **QUINCE (15) DIAS CALENDARIO** más, contados a partir del **01 de enero de 2018** hasta el día **15 de enero de 2018**. **CLÁUSULA TERCERA:** Que como consecuencia de la presente adición el valor del contrato No. SO-2662 **de 2017**, para todos los efectos legales y fiscales quedará en la suma de **SEIS MILLONES SEISCIENTOS CATORCE MIL SETECIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE. ($6.614.718,00).CLÁUSULA CUARTA:** La suma de dinero a que la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE** queda obligado en virtud de esta Adición Prórroga, se subordina a las apropiaciones presupuéstales que de la misma se hagan en el respectivo presupuesto de la entidad y se pagará con cargo al Código Presupuestal **321030501 - Contratacion Servicios Asistenciales Generales**, según Certificado de Disponibilidad Presupuestal **No. 19971** de fecha 21 de diciembre de 2017, expedido por el responsable del presupuesto del área financiera. En todo caso el pago estará supeditado al Programa Anual de Caja (PAC) mensualizado.

CLÁUSULA QUINTA: El **CONTRATANTE** cancelará el valor total de la presente Adición, a título de honorarios, por mensualidades vencidas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del presente contrato, sobre la base de honorarios pactados mensuales, previa certificación de cumplimiento de las actividades pactadas y efectivamente realizadas. **CLÁUSULA SEXTA: EL CONTRATISTA:** se obliga a ampliar las garantías pactadas, (***si a ello hubiere lugar)*** descritas en el contrato inicial, por el valor adicionado y plazo prorrogado en los porcentajes y para los efectos pactados en esta adición; (si aplica) y además se obliga a presentarlas en la Dirección de Contratación del **Subred,** para su aprobación dentro de los Cinco (05) días, siguientes a la suscripción del presente documento. **CLÁUSULA SEPTIMA:MANIFESTACIÓN DE NO LAVADO DE ACTIVOS NI FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO:** El CONTRATISTA manifiesta bajo la gravedad de juramento que el origen de los recursos empleados para la ejecución del objeto del presente contrato son lícitos y ajenos a las actividades que comprenden el tipo penal de lavado de activos, conforme a las disposiciones legales vigentes, en especial el Art. 27 de la Ley 1121 de 2016 "*Por la cual se dictan normas para la prevención, detección, investigación y sanción de la financiación del terrorismo y otras disposiciones*" **CLÁUSULA OCTAVA:** Las demás condiciones y obligaciones del Contrato SO-2662 de 2017 se mantienen sin modificación. **CLÁUSULA NOVENA:** La presente Adición y Prórroga al Contrato de Prestación de Servicios No. SO-2662 **de 2017** se entiende perfeccionado con la firma de las partes. Para constancia se firma en Bogotá DC., a los **22 de diciembre de 2017**

VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO	CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA C.C. 51.997.599
GERENTE	**CONTRATISTA**

Los abajo firmantes declaremos que hemos proyectado y revisado este documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales por lo tanto lo presentamos para la firma.

	Nombre	Cargo	Firma	Fecha(D-M-A)
Revisado por:	Mónica E. González Montes	Directora Contratación Subred Suroccidente		**22 de diciembre de 2017**
Elaborado por:	Leidy Viviana Rodriguez Olivares	Apoyo – Profesional Universitario - Abogada		**22 de diciembre de 2017**

10423

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	2
		Fecha de aprobación	31/03/2017
		Código:	EN PRUEBA

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51997599							
CORREO ELECTRONICO:	marthachoacho@email.com				CELULAR:	3115272550							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					KE10								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	KW10				SEDE:	KENNEDY							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	P01	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570092296								PENSIONADO	NO			

INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	SO-2662			N° DE PAGOS DEL CONTRATO	7 de 7						
NÚMERO DE CDP	19971 - 29	FECHA	21/12/2017 - 12/01/2018	NÚMERO DE CRP	44266 1526	FECHA					
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE COCINA										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	1	2018		31	1	218			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.202.676										
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$7.216.056
VALOR EJECUTADO	$7.206.056
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.202.676
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$1,723,650**, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1009872461	$737.717,00	$92.300	$118.100	3	$18.000	$228.400

Dado en Bogotá a los (22) días del mes de ENERO del año DOS MIL DIESIOCHO (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

VIVIANA TEJERA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Martha Lucia Choachi
MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

23-01-18

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	SERVICIO DE ALIMENTOS				Sede: UNIDAD KENNEDY				
	SO-2662	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	1	2.018		31	1	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO					51.997.599	**DE**	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE COCINA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ **Servicios:** SI _X__ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1.Portar elementos de proteccion(gorro, tapabocas,guantes,batas) para el desarrollo de us actividades 2.aplicar principios establecidos en los instructivos y precedimientos del sedrvicio.3.Aplica las buenas practicas de manufacturas establecidas en el decreto 3075 de 1997.4.Utilizar uniformes de colores claros, sin bolsillos ni botones con zapato blanco cerrado en material no absorbente y antideslizantes, estos deben usarse con medias.5.ctuar oportuna y claramente registros de los formatos del area.6.Realizar las tare4as afines del objeto como son.7.Lavado de manos, desarrollar actividades de acuerdo a la organizacion del servicio.8.Elaboracion de preliminar diario.8.Alistamiento de carnes de acuerdo a la organizacion de cada piso,9.Elaboraciond e bebidas frias y calientes de acuerdo al momento de elaboracioon.10.Asistir a la servida de ddietas de acuerdo a lo solicitado por cada nutricionista de piso, teniendo en cuenta la buena practica.11.Entrega de dietas a cada paciente hospitalizado de acuerdo a su patologia.12.Recoger menaje en su debido tiempo desechando en bolsa pertinentes los sobrantes.13.Lavado de menaje y carros respectivos de acuerdo a la distribucion de sus pisos.Entrega de turno dejando todo en completo orden y desinfeccion. 14.Todo personal antes de ser contratado y durante el tempo de empleo debe someterse a exámenes médicos según el decreto 3075 de 1997. 15. presentar al supervisor de la orden de prestación de servicio el original y la copia del recibo y/o planilla correspondiente al pago de los aportes al sistema de seguridad social integral (salud y pensión) de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 2002 en concordancia con el artículo 1 de la ley 828 del 2003. 16 Realizar las acciones pertinentes apara la afiliación para la administradora de riesgos laborales ARL. 17 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios. 18 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios, 19. Responder y velar por el cuidado y mantenimiento de los bienes y elementos suministrados por la empresa que se necesitan para el desempeño de sus actividades para que el supervisor expida el certificado de cumplimiento a satisfacción, deberá constatar además que el contratista haya reintegrado los bienes y elementos en su totalidad en el estado en que lo recibió	100	Organización higienico-sanitaria del servicio de preparacion de la materia prima. Diligenciamiento de formatos exigidos por el area. Distribucin y entrega de dietas a pacientes.	

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($1.202.676,00) UN MILLON DOSCIENTOS DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS MONEDA LEGAL

Martha lucia choachi

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Martha Lucia Choachi CC 51997559,bogota

Fecha 11/2017 Firma del supervisor:

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor. 0

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-01-10, 02:20:21 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1009872461

Periodo Cotización: enero de 2018 **Periodo Servicio:** enero de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8876557460

PAGADO 10/01/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO		
Documento	CC51997599	**Dirección**	DG 48 S 13 ETE 48
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3115272550
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA	**Identificación**	CC 51997599
Total Afiliados	1	**ARP**	ARP SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días ARP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 51997599	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO	59	00																		0	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 737.717	$ 118.100	(EPS023) CRUZ BLANCA EPS	$ 737.717	$ 92.300	2.436	$ 737.717	$ 18.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 228.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 737.717	$ 737.717	$ 737.717	$ 0	$ 118.100	$ 92.300	$ 18.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 228.400	$ 0	$ 228.400

Martha Lucia Chachi
51997599

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

COLSUBSIDIO
20 DE JULIO

D O C U M E N T O S O P O R T E

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
FORMULA : 8876557460

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	228400
			228400

DOCUMENTO

1801100005934053
CONSECUTIVO: 001

ENE 10, 18 14:08

10/Ene/2018 14:08 1289 05 0300 1049641
(COPIA CLIENTE)

Marthalucia Choachi

12437

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/2/18	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51.997.599						
CORREO ELECTRONICO:	marthachoacho@gmail.com				CELULAR:	3115272550						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KE 10											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	NUTRICION				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	P01	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570092296								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1519-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 DE 3				
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	12/1/18	NÚMERO DE CRP	9976	FECHA	31/1/18				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area asistencial dentro de los diferentes precesosy procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE S.E. de acuerdo al requerimiento institucional										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	2	2018		28	2	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.251.780										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$3.755.340
VALOR EJECUTADO	$1.251.780
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.251.780
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2.503.560
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	33%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$1.953,105**, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1011254447	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	$241.800

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de febrero del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Viviana Tejera

VIVIANA TEJERA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

Martha Lucia Choachi

MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	3 15/2/18 04-02-FO-0002

Ubicación del Servicio:	NUTRICIÓN		Sede: UNIDAD KENNEDY								
No. DE CONTRATO:	1519-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	2	2.018		28	2	2.018		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO					36.540.355	DE	BOGOTÁ			

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE COCINA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI _X__ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS			PRODUCTOS ENTREGADOS
1.Portar elementos de proteccion(gorro, tapabocas,guantes,batas) para el desarrollo de us actividades 2.aplicar principios establecidos en los instructivos y precedimientos del sedrvicio.3.Aplica las buenas practicas de manufacturas establecidas en el decreto 3075 de 1997.4.Utilizar uniformes de colores claros, sin bolsillos ni botones con zapato blanco cerrado en material no absorbente y antideslizantes, estos deben usarse con medias.5.ctuar oportuna y claramente registros de los formatos del area.6.Realizar las tare4as afines del objeto como son.7.Lavado de manos, desarrollar actividades de acuerdo a la organizacion del servicio.8.Elaboracion de preliminar diario.8.Alistamiento de carnes de acuerdo a la organizacion de cada piso.9.Elaboraciond e bebidas frias y calientes de acuerdo al momento de elaboracioon.10.Asistir a la servida de ddietas de acuerdo a lo solicitado por cada nutricionista de piso, teniendo en cuenta la buena practica.11.Entrega de dietas a cada paciente hospitalizado de acuerdo a su patologia.12.Recoger menaje en su debido tiempo desechando en bolsa pertinentes los sobrantes.13.Lavado de menaje y carros respectivos de acuerdo a la distribucion de sus pisos.Entrega de turno dejando todo en completo orden y desinfeccion. 14.Todo personal antes de ser contratado y durante el tempo de empleo debe someterse a exámenes médicos según el decreto 3075 de 1997. 15. presentar al supervisor de la orden de prestación de servicio el original y la copia del recibo y/o planilla correspondiente al pago de los aportes al sistema de seguridad social integral (salud y pensión) de acuerdo con lo establecido en el articulo 50 de la ley 789 del 2002 en concordancia con el articulo 1 de la ley 828 del 2003. 16 Realizar las acciones pertinentes apara la afiliación para la administradora de riesgos laborales ARL. 17 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios. 18 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios, 19. Responder y velar por el cuidado y mantenimiento de los bienes y elementos suministrados por la empresa que se necesitan para el desempeño de sus actividades para que el supervisor expida el certificado de cumplimiento a satisfacción, deberá constatar además que el contratista haya reintegrado los bienes y elementos en su totalidad en el estado en que lo recibió	100	Ingreso al servicio inicialmente hago desinfeccon del area realizo lavado de manos y procedo a preparacion del guiso, alistamiento de preliminar luego preparacion de jugos para todos los pisos servida de los mismos, servida de dietas y entrega de las mismas en el segundo piso, recojo menaje y bajo al servicio a lavado y desinfeccion del menaje y dejar servicio limpio y desinfectado para el turno siguiente			Preparacion de materia prima y distribucion en piso asignado

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1,251,780 UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS MCTE)

Martha Lucia Choachi

MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO
36.540.355

Fecha : _____ Firma de recibido supervisor:

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-02-06, 03:46:16 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1010421522

Periodo Cotización: febrero de 2018 **Periodo Servicio:** febrero de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8876557460

PAGADO 06/02/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO		
Documento	CC51997599	**Dirección**	DG 48 S 13 ETE 48
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3115272550
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA	**Identificación**	CC 51997599
Total Afiliados	1	**ARP**	ARP SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 51997599	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO	59	00																	0	30	30	30	0	(230001) COLFONDOS	$ 781.242	$ 125.000	(EPS023) CRUZ BLANCA EPS	$ 781.242	$ 97.700	2.436	$ 781.242	$ 19.100	(NINGC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 781.242	$ 781.242	$ 781.242	$ 0	$ 125.000	$ 97.700	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241.800	$ 0	$ 241.800

Marthalucia Choachi
Cc 51997599

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

COLSUBSIDIO
20 DE JULIO

D O C U M E N T O S O P O R T E

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
FORMULA : 8876557460

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	241800
			241800

DOCUMENTO

1802060005957875

CONSECUTIVO: 001

FEB 06, 18 15:34

06/Feb/2018 15:35 1289 05 0311 1032482
(COPIA CLIENTE)

Martha Lucia Choachi
CC 51997599.

Encuesta de necesidades de Calidad de Vida del Trabajador, Formación y Desarrollo SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE 2018

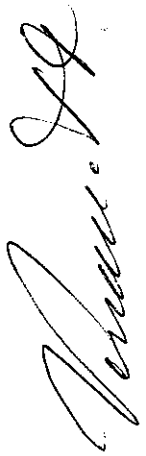
Agradecedemos su aporte en las respuestas dadas en la encuesta, porque "JUNTOS LO HACEMOS MEJOR".

Adicionar otra muestra

Subred Integrada de Servicios de Salud SurOccidente

Almera - Sistema de Gestión Integral

2018 - Bogotá, Colombia



15375

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51.997.599						
CORREO ELECTRONICO:	marthachoacho@gmail.com				CELULAR:	3115272550						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KE 10											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	NUTRICION				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	P01	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570092296								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1519-2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2 DE 3				
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP		9976	FECHA	31/01/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area asistencial dentro de los diferentes precesosy procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE S.E. de acuerdo al requerimiento institucional									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	3	2018		31	3	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.251.780									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES: HORAS LABORADAS 186

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$3.755.340
VALOR EJECUTADO	$2.503.560
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.251.780
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.251.780
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **minimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$1.953,105**, el valor para IBC debe ser sobre un salario minimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1011070083	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de MARZO del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Viviana Tejera

VIVIANA TEJERA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

Martha Lucia Choachi

MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

21/03/2018

Simple.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-03-02, 10:14:45 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1011070083

Periodo Cotización: marzo de 2018 **Periodo Servicio:** marzo de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8876557460

PAGADO 02/03/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO		
Documento	CC51997599	**Dirección**	DG 48 S 13 ETE 48
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3115272550
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA	**Identificación**	CC 51997599
Total Afiliados	1	**ARP**	ARP SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 51997599	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 781.242	$ 125.000	(EPS023) CRUZ BLANCA EPS	$ 781.242	$ 97.700	2.436	$ 781.242	$ 19.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 781.242	$ 781.242	$ 781.242	$ 0	$ 125.000	$ 97.700	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241.800	$ 0	$ 241.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

COLSUBSIDIO
VENECIA

DOCUMENTO SOPORTE

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097 333-9
CODIGO : 20576
FORMULA : 887455 960

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO P.A	1	241800
			241800

DOCUMENTO

18030290025445 21
CONSECUTIVO: 001

MAR 02, 18 10:20

02/Mar/2018 10:20 1387 02 0052 1023689
(COPIA CLIENTE)

Marthalucia Choachi
CC 51997599

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	2 03/04/2017 04-02-FO-0002			

Ubicación del Servicio:	NUTRICION	Sede: UNIDAD KENNEDY								
No. DE CONTRATO:	1519-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	3	2.018		31	3	2.018	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO				36.540.355	DE	BOGOTÁ			

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE COCINA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI _X__ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS			PRODUCTOS ENTREGADOS
1.Portar elementos de proteccion(gorro, tapabocas,guantes,batas) para el desarrollo de us actividades 2.aplicar principlos establecidos en los instructivos y precedimientos del sedrvicio.3.Aplica las buenas practicas de manufacturas establecidas en el decreto 3075 de 1997.4.Utilizar uniformes de colores claros, sin bolsillos nl botones con zapato blanco cerrado en material no absorbente y antidesilzantes, estos deben usarse con medias.5.ctuar oportuna y claramente registros de los formatos del area.6.Realizar las tare4as afines del objeto como son.7.Lavado de manos, desarrollar actividades de acuerdo a la organizacion del servicio.8.Elaboracion de preliminar diario.8.Alistamiento de carnes de acuerdo a la organizacion de cada piso.9.Elaboreciond e bebidas frias y calientes de acuerdo al momento de elaboracioon.10.Asistir a la servida de ddietas de acuerdo a lo solicitado por cada nutricionista de piso, teniendo en cuenta la buena practica.11.Entrega de dietas a cada paciente hospitalizado de acuerdo a su patologia.12.Recoger menaje en su debido tiempo desechando en bolsa pertinentes los sobrantes.13.Lavado de menaje y carros respectivos de acuerdo a la distribucion de sus pisos.Entrega de turno dejando todo en completo orden y desinfeccion. 14.Todo personal antes de ser contratado y durante el tempo de empleo debe someterse a exámenes médicos según el decreto 3075 de 1997. 15. presentar al supervisor de la orden de prestación de servicio el original y la copia del recibo y/o planilla correspondiente al pago de los aportes al sistema de seguridad social integral (salud y pensión) de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 2002 en concordancia con el artículo 1 de la ley 828 del 2003. 16 Realizar las acciones pertinentes apara la afiliación para la administradora de riesgos laborales ARL. 17 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios. 18 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios, 19. Responder y velar por el cuidado y mantenimiento de los bienes y elementos suministrados por la empresa que se necesitan para el desempeño de sus actividades para que el supervisor expida el certificado de cumplimiento a satisfacción, deberá constatar además que el contratista haya reintegrado los bienes y elementos en su totalidad en el estado en que lo recibió	100	Ingreso al servicio inicialmente hago desinfeccon del area realizo lavado de manos y procedo a preparacion del gulso, alistamiento de preliminar luego preparacion de jugos para todos los pisos servida de los mismos, servida de dietas y entrega de las mismas en el segundo piso, recojo menaje y bajo al servicio a lavado y desinfeccion del menaje y dejar servicio limpio y desinfectado para el turno siguiente			Preparacion de materia prima y distribucion en piso asignado

OBSERVACIONES: HORAS LABORADAS 186

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1,251,780 UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS MCTE)

Martha Lucia Choachi
MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO
36.540.355

Fecha : _____ Firma de recibido supervisor:

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

16490.

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO ✓											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51.997.599						
CORREO ELECTRONICO:	marthachoacho@gmail.com				CELULAR:	3115272550						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KE 10											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	NUTRICION				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	P01	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570092296 ✓								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1519-2018 ✓			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 DE 3			
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP		9976 ✓	FECHA	31/01/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area asistencial dentro de los diferentes procesosy procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE S.E. de acuerdo al requerimiento institucional									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	4	2018		30	4	2018 ✓		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.251.780									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES: HORAS LABORADAS 186

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$3.755.340
VALOR EJECUTADO	$3.755.340
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.251.780
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$1.953,105**, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1011606765	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de abril del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente.

Viviana Tejera

VIVIANA TEJERA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

Martha Lucia Choachi

MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	2 03/04/2017 04-02-FO-0002			ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	NUTRICION			**Sede: UNIDAD KENNEDY**							
No. DE CONTRATO:	1519-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**		
			1	4	2.018		30	4	2.018		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO				36.540.355	**DE**	BOGOTÁ				

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE COCINA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ NO ___ Servicios: SI _X_ NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS			PRODUCTOS ENTREGADOS
1.Portar elementos de proteccion(gorro, tapabocas,guantes,batas) para el desarrollo de us actividades 2.aplicar principios establecidos en los instructivos y precedimientos del sedrvicio.3.Aplica las buenas practicas de manufacturas establecidas en el decreto 3075 de 1997.4.Utilizar uniformes de colores claros, sin bolsillos ni botones con zapato blanco cerrado en material no absorbente y antideslizantes, estos deben usarse con medias.5.ctuar oportuna y claramente registros de los formatos del area.6.Realizar las tare4as afines del objeto como son.7.Lavado de manos, desarrollar actividades de acuerdo a la organizacion del servicio.8.Elaboracion de preliminar diario.8.Alistamiento de carnes de acuerdo a la organizacion de cada piso.9.Elaboraciond e bebidas frias y calientes de acuerdo al momento de elaboracioon.10.Asistir a la servida de ddietas de acuerdo a lo solicitado por cada nutricionista de piso, teniendo en cuenta la buena practica.11.Entrega de dietas a cada paciente hospitalizado de acuerdo a su patologia.12.Recoger menaje en su debido tiempo desechando en bolsa pertinentes los sobrantes.13.Lavado de menaje y carros respectivos de acuerdo a la distribucion de sus pisos.Entrega de turno dejando todo en completo orden y desinfeccion. 14.Todo personal antes de ser contratado y durante el tempo de empleo debe someterse a exámenes médicos según el decreto 3075 de 1997. 15. presentar al supervisor de la orden de prestación de servicio el original y la copia del recibo y/o planilla correspondiente al pago de los aportes al sistema de seguridad social integral (salud y pensión) de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 2002 en concordancia con el artículo 1 de la ley 828 del 2003. 16 Realizar las acciones pertinentes apara la afiliación para la administradora de riesgos laborales ARL. 17 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios. 18 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades pare el pago de los honorarios, 19. Responder y velar por el cuidado y mantenimiento de los bienes y elementos suministrados por la empresa que se necesitan para el desempeño de sus actividades para que el supervisor expida el certificado de cumplimiento a satisfacción, deberá constatar además que el contratista haya reintegrado los bienes y elementos en su totalidad en el estado en que lo recibió	100	Ingreso al servicio inicialmente hago desinfeccon del area realizo lavado de manos y procedo a preparacion del guiso, alistamiento de preliminar luego preparacion de jugos para todos los pisos servida de los mismos, servida de dietas y entrega de las mismas en el segundo piso, recojo menaje y bajo al servicio a lavado y desinfeccion del menaje y dejar servicio limpio y desinfectado para el turno siguiente			Preparacion de materia prima y distribucion en piso asignado

OBSERVACIONES: HORAS LABORADAS 186

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1,251,780 UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS MCTE)

Marthaluciachoachi
MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO
36.540.355

Fecha : _____ Firma de recibido supervisor:

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-04-05, 11:28:08 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1011606765

Periodo Cotización: abril de 2018 **Periodo Servicio:** abril de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8876557460

PAGADO 05/04/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO		
Documento	CC51997599	**Dirección**	DG 48 S 13 ETE 48
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3115272550
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA	**Identificación**	CC 51997599
Total Afiliados	1	**ARP**	ARP SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 51997599	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO	59	00																	0	30	30	30	0	(23100) COLFONDOS	$ 781.242	$ 125.000	(EPS023) CRUZ BLANCA EPS	$ 781.242	$ 97.700	2,436	$ 781.242	$ 19.100	(NINGC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 781.242	$ 781.242	$ 781.242	$ 0	$ 125.000	$ 97.700	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241.800	$ 0	$ 241.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

COLSUBSIDIO
20 DE JULIO

D O C U M E N T O S O P O R T E

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
FORMULA : 8876557460

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	241800
			241800

DOCUMENTO
1804050006035193
CONSECUTIVO: 001

ABR 05, 18 11:18

05/Abr/2018 11:19 1289 06 0064 1070601
(COPIA CLIENTE)

Marthalucia chacchi

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de la Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en los decretos 2280 de 2005 y 1013 de 1998 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente al Consorcio SAYP 2011 y está proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO
DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERIODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERIODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERIODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	51997599	CHOACHI	COLORADO	MARTHA	LUCIA	2018-04	CRUZ BLANCA E.P.S.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
CRUZ BLANCA E.P.S.	04/2018	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	03/2018	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	02/2018	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	01/2018	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	12/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	11/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	10/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	09/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	08/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023

6037 - 18579

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51.997.599						
CORREO ELECTRONICO:	marthachoacho@gmail.com				CELULAR:	3115272550						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KE 10											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	NUTRICION				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	P01	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570092296								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1519-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		4 de 4					
NÚMERO DE CDP	803	FECHA	18/04/2018	NÚMERO DE CRP	20886	FECHA	30/04/2018				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area asistencial dentro de los diferentes precesosy procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE S.E. de acuerdo al requerimiento institucional										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	5	2018		31	5	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.251.780										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0								

OBSERVACIONES: HORAS LABORADAS 186

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$5.007.120
VALOR EJECUTADO	$5.007.120
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.251.780
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del minimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $1.953,105, el valor para IBC debe ser sobre un salario minimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1012318613	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	$241.800

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de MAYO del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

VIVIANA TEJERA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

Martha Lucia Choachi
MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	2 03/04/2017 04-02-FO-0002			ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	NUTRICION	Sede: UNIDAD KENNEDY								
No. DE CONTRATO:	1519-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	5	2.018		31	5	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO				51.997.599		DE	BOGOTÁ	

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE COCINA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ **Servicios:** SI _X__ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS			PRODUCTOS ENTREGADOS
1.Portar elemontos de proteccion(gorro, tapabocas,guantes,batas) para el desarrollo de us actividades 2.aplicar principios establecidos en los instructivos y procedimientos del sedrvicio.3.Aplica las buenas practicas de manufacturas establecidas en el decreto 3075 de 1997.4.Utilizar uniformes de colores claros, sin bolsillos ni botones con zapato blanco cerrado en material no absorbente y antideslizantes, estos deben usarse con medias.5.ctuar oportuna y claramente registros de los formatos del area.6.Realizar las tare4as afines del objeto como son.7.Lavado de manos, desarrollar actividades de acuerdo a la organizacion del servicio.8.Elaboracion de preliminar diario.8.Alistamiento de carnes de acuerdo a la organizacion de cada piso.9.Elaboraciond e bebidas frias y calientes de acuerdo al momento de elaboracioon.10.Asistir a la servida de ddietas de acuerdo a lo solicitado por cada nutricionista de piso, teniendo en cuenta la buena practica,11.Entrega de dietas a cada paciente hospitalizado de acuerdo a su patologia,12.Recoger menaje en su debido tiempo desechando en bolsa pertinentes los sobrantes,13.Lavado de menaje y carros respectivos de acuerdo a la distribucion de sus pisos.Entrega de turno dejando todo en completo orden y desinfeccion, 14.Todo personal antes de ser contratado y durante el tempo de empleo debe someterse a exámenes médicos según el decreto 3075 de 1997, 15. presentar al supervisor de la orden de prestación de servicio el original y la copia del recibo y/o planilla correspondiente al pago de los aportes al sistema de seguridad social integral (salud y pensión) de acuerdo con lo establecido en el articulo 50 de la ley 789 del 2002 en concordancia con el articulo 1 de la ley 828 del 2003. 16 Realizar las acciones pertinentes apara la afiliación para la administradora de riesgos laborales ARL. 17 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios. 18 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios, 19. Responder y velar por el cuidado y mantenimiento de los bienes y elementos suministrados por la empresa que se necesitan para el desempeño de sus actividades para que el supervisor expida el certificado de cumplimiento a satisfacción, deberá constatar además que el contratista haya reintegrado los bienes y elementos en su totalidad en el estado en que lo recibió	100	Ingreso al servicio inicialmente hago desinfeccon del area realizo lavado de manos y procedo a preparacion del guiso, alistamiento de preliminar luego preparacion de jugos para todos los pisos servida de los mismos, servida de dietas y entrega de las mismas en el segundo piso, recojo menaje y bajo al servicio a lavado y desinfeccion del menaje y dejar servicio limpio y desinfectado para el turno siguiente			Preparacion de materia prima y distribucion en piso asignado

OBSERVACIONES: HORAS LABORADAS 186

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1,251,780 UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS MCTE)

Martha lucia Choachi

MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO

51.997.599

Fecha : _____ Firma de recibido supervisor

Nota: El Informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-05-17, 03:30:07 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1012318613

Periodo Cotización: mayo de 2018 **Periodo Servicio:** mayo de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8876557460

PAGADO 11/05/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO		
Documento	CC51997599	**Dirección**	DG 48 S 13 ETE 48
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3115272550
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA	**Identificación**	CC 51997599
Total Afiliados	1	**ARP**	ARP SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 51997599	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 781.242	$ 125.000	(EPS023) CRUZ BLANCA EPS	$ 781.242	$ 97.700	2.436	$ 781.242	$ 19.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241.800

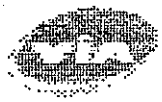
III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 781.242	$ 781.242	$ 781.242	$ 0	$ 125.000	$ 97.700	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241.800	$ 0	$ 241.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.



PAGO DE FACTURAS

SIMPLE S.A

NUM APROBACION: 514277
REFERENCIA: 8876557460
FECHA EFECTIVA: VIE 11 MAY 18
TRANSACCION: 187125910735
VALOR: 241.800
FECHA EXPE:VIE11 MAY 18 10:41:30
131-07322776-121
771139-301070-144629-701393-75
CORRESPONSAL BANCARIO PARA
BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRE-
SION DE ESTE TIQUETE IMPLICA
SU ACEPTACION. VERIFIQUE LA
INFORMACION. ESTE ES EL UNICO
RECIBO OFICIAL DE PAGO REQUE-
RIMIENTOS
A SU OPERADOR O ESCRIBIR A
SERVICIOALCLIENTE@PAGOSIMPLE.COM

AGT 3518 CLR 11043452
02108911-601960

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de la Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en los decretos 2280 de 2005 y 1013 de 1998 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente al Consorcio SAYP 2011 y está proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO
DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

TIPO ID	NUMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERIODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACION
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERIODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ULTIMO PERIODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	51997599	CHOACHI	COLORADO	MARTHA	LUCIA	2018-04	CRUZ BLANCA E.P.S.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERIODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DIAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
CRUZ BLANCA E.P.S.	04/2018	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	03/2018	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	02/2018	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	01/2018	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	12/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	11/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	10/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	09/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	08/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

20611

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51.997.599							
CORREO ELECTRONICO:	marthachoacho@gmail.com				CELULAR:	3115272550							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KE 10												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	NUTRICION				SEDE:	Kennedy							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	P01	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570092296								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1519-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5 de 5			
NÚMERO DE CDP	962	FECHA	06/06/2018	NÚMERO DE CRP	24954	FECHA	31/05/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area asistencial dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE S.E. de acuerdo al requerimiento institucional									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	6	2018		30	6	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.251.780									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES: HORAS LABORADAS 186

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$6.258.900
VALOR EJECUTADO	$6.258.900
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.251.780
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del minimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $1.953,105. el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1013080857	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	$241.800

Dado en Bogotá a los ( ) dias del mes de JUNIO del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

VIVIANA TEJERA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

Martha Lucia Choachi
MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

2
03/04/2017
04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C

Ubicación del Servicio:	NUTRICION		Sede: UNIDAD KENNEDY						
No. DE CONTRATO:	1519-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	6	2.018		30	6	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO		51.997.599	DE	BOGOTÁ				

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE COCINA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ **Servicios:** SI _X__ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS			PRODUCTOS ENTREGADOS
1.Portar elementos de proteccion(gorro, tapabocas,guantes,batas) para el desarrollo de us actividades 2.aplicar principios establecidos en los instructivos y precedimientos del sedrvicio.3,Aplica las buenas practicas de manufacturas establecidas en el decreto 3075 de 1997.4.Utilizar uniformes de colores claros, sin bolsillos ni botones con zapato blanco cerrado en material no absorbente y antideslizantes, estos deben usarse con medias.5.ctuar oportuna y claramente registros de los formatos del area.6.Realizar las tare4as afines del objeto como son.7.Lavado de manos, desarrollar actividades de acuerdo a la organizacion del servicio.8,Elaboracion de preliminar diario.8.Alistamiento de carnes de acuerdo a la organizacion de cada piso.9.Elaboraciond e bebidas frias y calientes de acuerdo al momento de elaboracioon.10.Asistir a la servida de ddietas de acuerdo a lo solicitado por cada nutricionista de piso, teniendo en cuenta la buena practica.11.Entrega de dietas a cada paciente hospitalizado de acuerdo a su patologia.12.Recoger menaje en su debido tiempo desechando en bolsa pertinentes los sobrantes.13.Lavado de menaje y carros respectivos de acuerdo a la distribucion de sus pisos.Entrega de turno dejando todo en completo orden y desinfeccion. 14.Todo personal antes de ser contratado y durante el tempo de empleo debe someterse a exámenes médicos según el decreto 3075 de 1997. 15. presentar al supérvisor de la orden de prestación de servicio el original y la copia del recibo y/o planilla correspondiente al pago de los aportes al sistema de seguridad social integral (salud y pensión) de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 2002 en concordancia con el artículo 1 de la ley 828 del 2003. 16 Realizar las acciones pertinentes apara la afiliación para la administradora de riesgos laborales ARL. 17 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios. 18 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios, 19. Responder y velar por el cuidado y mantenimiento de los bienes y elementos suministrados por la empresa que se necesitan para el desempeño de sus actividades para que el supervisor expida el certificado de cumplimiento a satisfacción, deberá constatar además que el contratista haya reintegrado los bienes y elementos en su totalidad en el estado en que lo recibió	100	Ingreso al servicio Inicialmente hago desinfeccon del area realizo lavado de manos y procedo a preparacion del guiso, alistamiento de preliminar luego preparacion de jugos para todos los pisos servida de los mismos, servida de dietas y entrega de las mismas en el segundo piso, recojo menaje y bajo al servicio a lavado y desinfeccion del menaje y dejar servicio limpio y desinfectado para el turno siguiente			Preparacion de materia prima y distribucion en piso asignado

OBSERVACIONES: HORAS LABORADAS 186

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1,251,780 UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS MCTE)

Marthachoachi
MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO
51.997.599

Fecha : _____ Firma de recibido supervisor:

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Simple.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-06-06, 11:42:45 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Numéro Planilla: 1013080857

Periodo Cotización: junio de 2018 Periodo Servicio: junio de 2018 Referencia pago (PIN): 8876557460

PAGADO 06/06/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO		
Documento	CC51997599	Dirección	DG 48 S 13 ETE 48
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3115272550
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal	CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA	Identificación	CC 51997599
Total Afiliados	1	ARP	ARP SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 51997599	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO	59	00																0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 781.242	$ 125.000	(EPS023) CRUZ BLANCA EPS	$ 781.242	$ 97.700	2.436	$ 781.242	$ 19.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241.800

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 781.242	$ 781.242	$ 781.242	$ 0	$ 125.000	$ 97.700	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241.800	$ 0	$ 241.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de la Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en los decretos 2280 de 2005 y 1013 de 1998 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente al Consorcio SAYP 2011 y está proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO
DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

TIPO DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	APELLIDO 1	APELLIDO 2	NOMBRE 1	NOMBRE 2	ULTIMO PERIODO COMPENSADO	EPS O EOC	TIPO AFILIACION
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

TIPO DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ULTIMO PERIODO COMPENSADO	EPS O EOC	TIPO AFILIACION
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

TIPO DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ULTIMO PERIODO COMPENSADO	EPS O EOC	TIPO AFILIACION
CC	51997599	CHOACHI	COLORADO	MARTHA	LUCIA	2018-05	CRUZ BLANCA E.P.S.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS O EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
CRUZ BLANCA E.P.S.	05/2018	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	04/2018	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	03/2018	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	02/2018	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	01/2018	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	12/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	11/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	10/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023
CRUZ BLANCA E.P.S.	09/2017	28/09/2010	30	COTIZANTE	4023

22976

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51.997.599						
CORREO ELECTRONICO:	marthachoacho@gmail.com				CELULAR:	3115272550						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KE 10											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	NUTRICION				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	P01	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570092296								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1519-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			6 DE 6			
NÚMERO DE CDP	1109	FECHA	26/06/2018	NÚMERO DE CRP	29103	FECHA	30/06/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area asistencial dentro de los diferentes precesosy procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE S.E. de acuerdo al requerimiento institucional									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	7	2018		31	7	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.251.780									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES: HORAS LABORADAS 186

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$7.510.680
VALOR EJECUTADO	$7.510.680
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.251.780
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$1.953,105**, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1013487234	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de JULIO del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Viviana Tejera

VIVIANA TEJERA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

Martha Lucia Choachi

MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Iniciar sesión (/login.aspx)

(https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Default.aspx)

GOBIERNO DE COLOMBIA

(https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Default.aspx)

Mapa del Sitio (/Mapa-del-sitio) Buscador (/buscador) (https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Default.aspx)

Funcionarios (/Funcionarios) Preguntas Frecuentes (Transparencia/Preguntas-frecuentes)

Compensación › Consultas y estadisticas › Maestro de Afiliados Compensados (https://www.adres.gov.co/Compensacion/Consultas-y-estadisticas/Maestro-de-Afiliados-Compensados)

"El Ministerio de la Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en los decretos 2280 de 2005 y 1013 de 1998 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente al Consorcio SAYP 2011 y está proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO
DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

2
03/04/2017
04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	NUTRICION		**Sede: UNIDAD KENNEDY**								
No. DE CONTRATO:	1519-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**		
			1	7	2.018		31	7	2.018		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO					51.997.599	**DE**	BOGOTÁ			

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE COCINA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ NO ___ Servicios: SI _X__ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS			PRODUCTOS ENTREGADOS
1.Portar elementos de proteccion(gorro, tapabocas,guantes,batas) para el desarrollo de us actividades 2.aplicar principios establecidos en los instructivos y precedimientos del sedrvicio.3.Aplica las buenas practicas de manufacturas establecidas en el decreto 3075 de 1997.4.Utilizar uniformes de colores claros, sin bolsillos ni botones con zapato blanco cerrado en material no absorbente y antideslizantes, estos deben usarse con medias.5.ctúar oportuna y claramente registros de los formatos del area.6.Realizar las tare4as afines del objeto como son.7.Lavado de manos, desarrollar actividades de acuerdo a la organizacion del servicio.8.Elaboracion de preliminar diario.8.Alistamiento de carnes de acuerdo a la organizacion de cada piso.9.Elaboraciond e bebidas frias y calientes de acuerdo al momento de elaboracioon.10.Asistir a la servida de ddietas de acuerdo a lo solicitado por cada nutricionista de piso, teniendo en cuenta la buena practica.11.Entrega de dietas a cada paciente hospitalizado de acuerdo a su patologia.12.Recoger menaje en su debido tiempo desechando en bolsa pertinentes los sobrantes.13.Lavado de menaje y carros respectivos de acuerdo a la distribucion de sus pisos.Entrega de turno dejando todo en completo orden y desinfeccion. 14.Todo personal antes de ser contratado y durante el tempo de empleo debe someterse a exámenes médicos según el decreto 3075 de 1997. 15. presentar al supervisor de la orden de prestación de servicio el original y la copia del recibo y/o planilla correspondiente al pago de los aportes al sistema de seguridad social integral (salud y pensión) de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 2002 en concordancia con el artículo 1 de la ley 828 del 2003. 16 Realizar las acciones pertinentes apara la afiliación para la administradora de riesgos laborales ARL. 17 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios. 18 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios, 19. Responder y velar por el cuidado y mantenimiento de los bienes y elementos suministrados por la empresa que se necesitan para el desempeño de sus actividades para que el supervisor expida el certificado de cumplimiento a satisfacción, deberá constatar además que el contratista haya reintegrado los bienes y elementos en su totalidad en el estado en que lo recibió	100	Ingreso al servicio inicialmente hago desinfeccon del area realizo lavado de manos y procedo a preparacion del guiso, alistamiento de preliminar luego preparacion de jugos para todos los pisos servida de los mismos, servida de dietas y entrega de las mismas en el segundo piso, recojo menaje y bajo al servicio a lavado y desinfeccion del menaje y dejar servicio limpio y desinfectado para el turno siguiente			Preparacion de materia prima y distribucion en piso asignado

OBSERVACIONES: HORAS LABORADAS 186

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1,251,780 UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS MCTE)

Martha Lucia Choachi
MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO
51.997.599

Fecha : _____ Firma de recibido supervisor:

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-07-06, 03:35:45 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Numéro Planilla: 1013487234

Periodo Cotización: julio de 2018 Periodo Servicio: julio de 2018 Referencia pago (PIN): 8876557460

PAGADO 06/07/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO		
Documento	CC51997599	**Dirección**	DG 48 S 13 ETE 48
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3115272550
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA	**Identificación**	CC 51997599
Total Afiliados	1	**ARP**	ARP SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 51997599	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 781.242	$ 125.000	(EPS023) CRUZ BLANCA EPS	$ 781.242	$ 97.700	2,436	$ 781.242	$ 19.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241.800

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 781.242	$ 781.242	$ 781.242	$ 0	$ 125.000	$ 97.700	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241.800	$ 0	$ 241.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

COLSUBSIDIO
20 DE JULIO

D O C U M E N T O S O P O R T E

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
REFERENCIA : 8876557460
PLANILLA : 1013487234
PERIODO : 2018/07
REFERENCIA 2: 8876557460

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	241800
			241800

DOCUMENTO

1807060006060894
CONSECUTIVO: 001

JUL 06, 18 15:20

06/Jul/2018 15:21 1289 06 0191 1012407
(COPIA CLIENTE)

6037 - 25950

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3
		Fecha de aprobación	15/02/2018
		Código:	04-02-FO-0002

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51.997.599						
CORREO ELECTRONICO:	marthachoacho@gmail.com				CELULAR:	3115272550						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KE 10											
UBICACION DEL SERVICIO:	NUTRICION				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	P01	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570092296								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1519-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		7 de 7				
NÚMERO DE CDP	1250	FECHA	27/07/2018	NÚMERO DE CRP	33254	FECHA	31/07/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area asistencial dentro de los diferentes precesosy procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE S.E. de acuerdo al requerimiento institucional									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	8	2018		31	8	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.251.780									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES: HORAS LABORADAS 186

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$8.762.460
VALOR EJECUTADO	$8.762.460
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.251.780
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **minimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$1.953,105**, el valor para IBC debe ser sobre un salario minimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1014133939	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de AGOSTO del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente.

Viviana Tejera

VIVIANA TEJERA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

Martha Lucia Choachi

MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

03/04/2017

04-02-FO-0002

Ubicación del Servicio:	NUTRICION			Sede: UNIDAD KENNEDY							
No. DE CONTRATO:	1519-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	8	2.018		31	8	2.018		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO				51.997.599		DE		BOGOTÁ		

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE COCINA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI _X__ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS			PRODUCTOS ENTREGADOS
1.Portar elementos de proteccion(gorro, tapabocas,guantes,batas) para el desarrollo de us actividades 2.aplicar principios establecidos en los instructivos y precedimientos del sedrvicio.3.Aplica las buenas practicas de manufacturas establecidas en el decreto 3075 de 1997.4.Utilizar uniformes de colores claros, sin bolsillos ni botones con zapato blanco cerrado en material no absorbente y antideslizantes, estos deben usarse con medias.5.ctuar oportuna y claramente registros de los formatos del area.6.Realizar las tare4as afines del objeto como son.7.Lavado de manos, desarrollar actividades de acuerdo a la organizacion del servicio.8.Elaboracion de preliminar diario.8.Alistamiento de carnes de acuerdo a la organizacion de cada piso.9.Elaboracionde e bebidas frias y calientes de acuerdo al momento de elaboracioon.10.Asistir a la servida de ddietas de acuerdo a lo solicitado por cada nutricionista de piso, teniendo en cuenta la buena practica.11.Entrega de dietas a cada paciente hospitalizado de acuerdo a su patologia.12.Recoger menaje en su debido tiempo desechando en bolsa pertinentes los sobrantes.13.Lavado de menaje y carros respectivos de acuerdo a la distribucion de sus pisos.Entrega de turno dejando todo en completo orden y desinfeccion. 14.Todo personal antes de ser contratado y durante el tempo de empleo debe somotorse a oxámenos médicos según el decreto 3075 de 1997. 15. presentar al supervisor de la orden de prestación de servicio el original y la copia del recibo y/o planilla correspondiente al pago de los aportes al sistema de seguridad social integral (salud y pensión) de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 2002 en concordancia con el artículo 1 de la ley 828 del 2003. 16 Realizar las acciones pertinentes apara la afiliación para la administradora de riesgos laborales ARL. 17 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios. 18 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios, 19. Responder y velar por el cuidado y mantonimiento de los bienes y elementos suministrados por la empresa que se necesitan para el desempeño de sus actividades para que el supervisor expida el certificado de cumplimiento a satisfacción, deberá constatar además que el contratista haya reintegrado los bienes y elementos en su totalidad en el estado en que lo recibió	100	Ingreso al servicio inicialmente hago desinfeccon del area realizo lavado de manos y procedo a preparacion del guiso, alistamiento de preliminar luego preparacion de jugos para todos los pisos servida de los mismos, servida de dietas y entrega de las mismas en el segundo piso, recojo menaje y bajo al servicio a lavado y desinfeccion del menaje y dejar servicio limpio y desinfectado para el turno siguiente			Preparacion de materia prima y distribucion en piso asignado

OBSERVACIONES: HORAS LABORADAS 186

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1,251,780 UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS MCTE)

Marthalucia choachi
MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO
51.997.599

Fecha _____ Firma de recibido supervisor _____

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Ubicación del Servicio:	NUTRICION		Sede: UNIDAD KENNEDY							
No. DE CONTRATO:	1519-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	8	2.018		31	8	2.018	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO					51.997.599	DE	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE COCINA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI _X__ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS			PRODUCTOS ENTREGADOS
1.Portar elementos de proteccion(gorro, tapabocas,guantes,batas) para el desarrollo de us actividades 2.aplicar principios establecidos en los instructivos y procedimientos del sodrvicio.3.Aplica las buenas practicas de manufacturas establecidas en el decreto 3075 de 1997.4.Utilizar uniformes de colores claros, sin bolsillos ni botones con zapato blanco cerrado en material no absorbente y-antideslizantes, estos deben usarse con medias.5.ctuar oportuna y claramente registres de los formatos del area.6.Realizar las tare4as afines del objeto como son.7.Lavado de manos, desarrollar actividades de acuerdo a la organizacion del servicio.8.Elaboracion de preliminar diario.8.Alistamiento de carnes de acuerdo a la organizacion de cada piso.9.Elaboracionn e bebidas frias y calientes de acuerdo al momento de elaboracioon.10.Asistir a la servida de dietas de acuerdo a lo solicitado por cada nutricionista de piso, teniendo en cuenta la buena practica.11.Entrega de dietas a cada paciente hospitalizado de acuerdo a su patologia.12.Recoger menaje en su debido tiempo desechando en bolsa pertinentes los sobrantes.13.Lavado de menaje y carros respectivos de acuerdo a la distribucion de sus pisos.Entrega de turno dejando todo en completo orden y desinfeccion. 14.Todo personal antes de ser contratado y durante el tempo de empleo debe someterse a exámenes médicos según el decreto 3075 de 1997. 15. presentar al supervisor de la orden de prestación de servicio el original y la copia del recibo y/o planilla correspondiente al pago de los aportes al sistema de seguridad social integral (salud y pensión) de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 2002 en concordancia con el artículo 1 de la ley 828 del 2003. 16 Realizar las acciones pertinentes apara la afiliación para la administradora de riesgos laborales ARL. 17 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios. 18 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios. 19. Responder y velar por el cuidado y mantenimiento de los bienes y elementos suministrados por la empresa que se necesitan para el desempeño de sus actividades para que el supervisor expida el certificado de cumplimiento a satisfacción, deberá constatar además que el contratista haya reintegrado los bienes y elementos en su totalidad en el estado en que le recibió	100	Ingreso al servicio inicialmente hago desinfeccon del area realize lavado de manos y procedo a preparacion del guiso, alistamiento de preliminar luego preparacion de jugos para todos los pisos servida de los mismos, servida de dietas y entrega de las mismas en el segundo piso, recojo menaje y bajo al servicio a lavado y desinfeccion del menaje y dejar servicio limpio y desinfectado para el turno siguiente			Preparacion de materia prima y distribucion en piso asignado

OBSERVACIONES: HORAS LABORADAS 186

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1,251,780 UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS MCTE)

MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO
51.997.599

Fecha: _____ Firma de recibido supervisor

Nota: El Informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Iniciar sesión (/login.aspx)

(https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Default.aspx)

GOBIERNO DE COLOMBIA

(https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Default.aspx)

Mapa del Sitio (/Mapa-del-sitio) Buscador (/buscador) (https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Default.aspx)

(https://www.facebook.com/ADRESCol/)

Funcionarios (/Funcionarios) Preguntas Frecuentes (Transparencia/Preguntas-frecuentes)

(https://twitter.com/AdresCol/)

"El Ministerio de la Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en los decretos 2280 de 2005 y 1013 de 1998 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente al Consorcio SAYP 2011 y está proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO
DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-08-15, 08:29:27 AM Tipo Planilla: I. PLANILLA INDEPENDIENTES Numéro Planilla: 1014133939

Periodo Cotización: agosto de 2018 Periodo Servicio: agosto de 2018 Referencia pago (PIN): 8876557460

PAGADO 15/08/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO	Dirección	DG 48 S 13 ETE 48
Documento	CC51997599	Teléfono	3115272550
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	BOGOTA D.C.
Ciudad	BOGOTA D.C.	Identificación	CC 51997599
Representante Legal	CHOACHI COLORADO MARTHA LUCIA	ARP	ARP SURA
Total Afiliados	1		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 51997599	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO	59	20																		0	30	30	0	(23)001] COLPENSIONES	$ 781.242	$ 125.000	(EPS023) CRUZ BLANCA EPS	$ 781.242	$ 97.700	2.436	$ 781.242	$ 19.100	(PIN=0S) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241.800

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 781.242	$ 781.242	$ 781.242	$ 0	$ 125.000	$ 97.700	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241.800	$ 0	$ 241.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

29197

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51.997.599						
CORREO ELECTRONICO:	marthachoacho@gmail.com				CELULAR:	3115272550						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KE 10											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	NUTRICION				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	P01	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570092296								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1519-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			8 de 8			
NÚMERO DE CDP	1433	FECHA	30/08/2018	NÚMERO DE CRP	37625	FECHA	31/08/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area asistencial dentro de los diferentes precesosy procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE S.E. de acuerdo al requerimiento institucional									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	9	2018		30	9	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.251.780									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES: HORAS LABORADAS 186

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$10.014.240
VALOR EJECUTADO	$10.014.240
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.251.780
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$1.953,105**, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
	$781.242,00	$0	$0	3	$0	**$0**

Dado en Bogotá a los ( ) dias del mes de SEPTIEMBRE del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.
Cordialmente,

VIVIANA TEJERA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

Martha Lucia Choachi
MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

2
03/04/2017
04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	NUTRICION	**Sede: UNIDAD KENNEDY**									
No. DE CONTRATO:	1519-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**		
			1	9	2018		30	9	2.018		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO				51.997.599		DE	BOGOTÁ			

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE COCINA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI _X__ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS			PRODUCTOS ENTREGADOS
1.Portar elementos de proteccion(gorro, tapabocas,guantes,batas) para el desarrollo de us actividades 2.aplicar principios establecidos en los instructivos y precedimientos del sedrvicio.3.Aplica las buenas practicas de manufacturas establecidas en el decreto 3075 de 1997.4.Utilizar uniformes de colores claros, sin bolsillos ni botones con zapato blanco cerrado en material no absorbente y antideslizantes, estos deben usarse con medias.5.ctuar oportuna y claramente registros de los formatos del area.6.Realizar las tare4as afines del objeto como son.7.Lavado de manos, desarrollar actividades de acuerdo a la organizacion del servicio.8.Elaboracion de preliminar diario.8.Alistamiento de carnes de acuerdo a la organizacion de cada piso.9.Elaboraciond e bebidas frias y calientes de acuerdo al momento de elaboracioon.10.Asistir a la servida de ddietas de acuerdo a lo solicitado por cada nutricionista de piso, teniendo en cuenta la buena practica.11.Entrega de dietas a cada paciente hospitalizado de acuerdo a su patologia.12.Recoger menaje en su debido tiempo desechando en bolsa pertinentes los sobrantes.13.Lavado de menaje y carros respectivos de acuerdo a la distribucion de sus pisos.Entrega de turno dejando todo en completo orden y desinfeccion. 14.Todo personal antes de ser contratado y durante el tempo de empleo debe someterse a exámenes médicos según el decreto 3075 de 1997. 15. presentar al supervisor de la orden de prestación de servicio el original y la copia del recibo y/o planilla correspondiente al pago de los aportes al sistema de seguridad social integral (salud y pensión) de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 2002 en concordancia con el artículo 1 de la ley 828 del 2003. 16 Realizar las acciones pertinentes apara la afiliación para la administradora de riesgos laborales ARL. 17 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo Informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios. 18 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo Informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios, 19. Responder y velar por el cuidado y mantenimiento de los bienes y elementos suministrados por la empresa que se necesitan para el desempeño de sus actividades para que el supervisor expida el certificado de cumplimiento a satisfacción, deberá constatar además que el contratista haya reintegrado los bienes y elementos en su totalidad en el estado en que lo recibió	100	Ingreso al servicio inicialmente hago desinfeccon del area realizo lavado de manos y procedo a preparacion del guiso, alistamiento de preliminar luego preparacion de jugos para todos los pisos servida de los mismos, servida de dietas y entrega de las mismas en el segundo piso, recojo menaje y bajo al servicio a lavado y desinfeccion del menaje y dejar servicio limpio y desinfectado para el turno siguiente			Preparacion de materia prima y distribucion en piso asignado

OBSERVACIONES: HORAS LABORADAS 186

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1,251,780 UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS MCTE)

Martha lucia choachi
MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO
51.997.599

Fecha : _____ Firma de recibido supervisor

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

Ultima Actualización: 15-sep-2015

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
CHOACHI	COLORADO	MARTHA LUCIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 51997599

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 30 MES DIC AÑO 1970

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

dl 48 a sur No 13 - 48 este

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3115272550

EMAIL marthachoacho@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 6o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* primaria basica
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 1983

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

Ultima Actualización: 18-sep-2013

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITAL DE KENNEDY	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
448003	DIA 18 MES 8 AÑO 2010	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
auxiliar de cocina	nutricion	AV 1 DE MAYO 40 B 54

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	8	0
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	8	0

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO ___ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 18-ago-2016

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización 17 sep-2015

1 DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 51997599 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección cll 48 a sur No 13 - 48 este **Teléfonos** 3115272550 3115272550

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
brayan gonzalez choachi	1000221436	HIJO(A)
carlos alberto gonzalez choachi	103374193	HIJO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

ARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 15.012.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 15.012.000,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
davivienda	AHORROS	570092296	kennedy	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 17-sep-2018

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ◯ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C◯ C.E◯ T.I.◯	

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

BOGOTÁ D.C. 17-sep-2018

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

Cruz Blanca E.P.S.

Certificado de Afiliación

La Señora Martha Lucia Choachi Colorado , identificada con Cédula Ciudadanía 51.997.599, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS023.

Información del Afiliado:

Nombre:	Martha Lucia Choachi Colorado		
Número de identificación:	51997599	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	28/09/2010	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	CALLE 48 A SUR 13 48 ESTE PINARES	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Teléfono actual de residencia:	5101399	Depto. Residencia:	Bogota D.C.

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
51997599	Choachi Colorado Martha Lucia	01/09/2010	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco
BENEFICIARIO	1000221436	TI	Brayan Gonzalez Choachi	28/09/2010	VIGENTES		HIJO

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6446100 y en el resto del país 018000113337.

Se firma y expide en Bogotá a los 18 días del mes de Septiembre de 2018, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.

CORDIALMENTE

NELSON ENRIQUE SANCHEZ CAICEDO
Coordinador Nacional de Operaciones
Elaboro: Duvan Esteban Cotrina Perilla

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO identificado(a) con C.C No. 51.997.599, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 17 de septiembre del 2018.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. , e-mail serviciocliente@colfondos.com.co.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

ARL | sura

Medellín, 17 de septiembre de 2018

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO identificado(a) con cédula de ciudadanía 51997599 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 01/01/2017 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL
CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C519975991826070593

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 17/09/2018 7:36 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

29953.

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión: 3
Fecha de aprobación: 15/02/2018
Código: 04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51.997.599						
CORREO ELECTRONICO:	marthachoacho@gmail.com				CELULAR:	3115272550						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KE 10											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	NUTRICION				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	P01	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570092296								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1519-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			9 de 9			
NÚMERO DE CDP	1598	FECHA	28/09/2018	NÚMERO DE CRP	41288	FECHA	30/09/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area asistencial dentro de los diferentes procesosy procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE S.E. de acuerdo al requerimiento institucional									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	10	2018		31	10	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.251.780									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES: HORAS LABORADAS 186

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$11.266.020
VALOR EJECUTADO	$11.266.020
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.251.780
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **minimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$1.953,105**, el valor para IBC debe ser sobre un salario minimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1015007921	$781.242,00	$97.655	$124.999	3	$19.101	**$241.755**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de OCTUBRE del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente.

VIVIANA TEJERA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Ebet 22/10/18

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

03/04/2017

04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	NUTRICION	Sede: UNIDAD KENNEDY								
No. DE CONTRATO:	1519-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	10	2.018		31	10	2.018	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO					51.997.599	DE	BOGOTÁ		

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE COCINA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ NO ___ Servicios: SI _X__ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS			PRODUCTOS ENTREGADOS
1.Portar elementos de proteccion(gorro, tapabocas,guantes,batas) para el desarrollo de us actividades 2.aplicar principios establecidos en los instructivos y precedimientos del sedrvicio.3.Aplica las buenas practicas de manufacturas establecidas en el decreto 3075 de 1997.4.Utilizar uniformes de colores claros, sin bolsillos ni botones con zapato blanco cerrado en material no absorbente y antideslizantes, estos deben usarse con medias.5.ctuar oportuna y claramente registros de los formatos del area.6.Realizar las tare4as afines del objeto como son.7.Lavado de manos, desarrollar actividades de acuerdo a la organizacion del servicio.8.Elaboracion de preliminar diario.8.Alistamiento de carnes de acuerdo a la organizacion de cada piso.9.Elaboraciond e bebidas frias y calientes de acuerdo al momento de elaboracioon.10.Asistir a la servida de ddietas de acuerdo a lo solicitado por cada nutricionista de piso, teniendo en cuenta la buena practica.11.Entrega de dietas a cada paciente hospitalizado de acuerdo a su patologia.12.Recoger menaje en su debido tiempo desechando en bolsa pertinentes los sobrantes.13.Lavado de menaje y carros respectivos de acuerdo a la distribucion de sus pisos.Entrega de turno dejando todo en completo orden y desinfeccion. 14.Todo personal antes de ser contratado y durante el tempo de empleo debe someterse a exámenes médicos según el decreto 3075 de 1997. 15. presentar al supervisor de la orden de prestación de servicio el original y la copia del recibo y/o planilla correspondiente al pago de los aportes al sistema de seguridad social integral (salud y pensión) de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 2002 en concordancia con el artículo 1 de la ley 828 del 2003. 16 Realizar las acciones pertinentes apara la afiliación para la administradora de riesgos laborales ARL. 17 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios. 18 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios. 19. Responder y velar por el cuidado y mantenimiento de los bienes y elementos suministrados por la empresa que se necesitan para el desempeño de sus actividades para que el supervisor expida el certificado de cumplimiento a satisfacción, deberá constatar además que el contratista haya reintegrado los bienes y elementos en su totalidad en el estado en que lo recibió	100	Ingreso al servicio inicialmente hago desinfeccon del area realizo lavado de manos y procedo a preparacion del guiso, alistamiento de preliminar luego preparacion de jugos para todos los pisos servida de los mismos, servida de dietas y entrega de las mismas en el segundo piso, recojo menaje y bajo al servicio a lavado y desinfeccion del menaje y dejar servicio limpio y desinfectado para el turno siguiente			Preparacion de materia prima y distribucion en piso asignado

OBSERVACIONES: HORAS LABORADAS 186

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1,251,780 UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS MCTE)

Martha Lucia Choachi
MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO
51.997.599

Fecha : _____ Firma de recibido supervisor:

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-10-10, 03:09:19 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1015007921

Periodo Cotización: septiembre de 2018 **Periodo Servicio:** septiembre de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8876557460

PAGADO 10/10/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO		
Documento	CC51997599	**Dirección**	DG 48 S 13 ETE 48
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3115272550
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARP SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	VAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 51997599	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 781,242	$ 125,000	(EPS023) CRUZ BLANCA EPS	$ 781,242	$ 97,700	2.436	$ 781,242	$ 19,100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241,800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 781,242	$ 781,242	$ 781,242	$ 0	$ 125,000	$ 97,700	$ 19,100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241,800	$ 0	$ 241,800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

"El Ministerio de la Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en los decretos 2280 de 2005 y 1013 de 1998 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente al Consorcio SAYP 2011 y está proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO
DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

TIPO	IDENTIFICACIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	EDAD	GÉNERO	CAUSA BLANCA E.P.S.	ENTIDAD EPS

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

COLSUBSIDIO
RESTREPO

DOCUMENTO SOPORTE

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
REFERENCIA : 8876557460
PLANILLA : 1015007921
PERIODO : 2018/09
REFERENCIA 2: 8876557460

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	241800
			241800

DOCUMENTO

1810100006145734
CONSECUTIVO: 001

OCT 10, 18 15:01

10/Oct/2018 15:02 4800 06 0107 5998589
(COPIA CLIENTE)

Martha Lucia Chacchi

ARL | sura

Medellín, 16 de octubre de 2018

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO identificado(a) con cédula de ciudadanía 51997599 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 01/01/2017 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL
CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C519975991828930696

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 16/10/2018 8.31 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

9911

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51.997.599							
CORREO ELECTRONICO:	marthachoacho@gmail.com				CELULAR:	3115272550							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KE 10												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	NUTRICION				SEDE:	Kennedy							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	P01	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570092296								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1519-2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO			10 de 10				
NÚMERO DE CDP	1731	FECHA	29/10/2018	NÚMERO DE CRP	44640	FECHA	31/10/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area asistencial dentro de los diferentes precesosy procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE S.E. de acuerdo al requerimiento institucional									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	11	2018		30	11	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.251.780									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES: HORAS LABORADAS 186

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$12.517.800
VALOR EJECUTADO	$12.517.800
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.251.780
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $1.953,105. el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1016159307	$781.242,00	$97.655	$124.999	3	$19.101	**$241.755**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de NOVIEMBRE del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.
Cordialmente.

Viviana Tejera

VIVIANA TEJERA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

Martha Lucia Choachi

MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	3
		Fecha de aprobación	15/02/2018
		Código:	04-02-FO-0002

Ubicación del Servicio:	NUTRICION		Sede:	KENNEDY					
No. DE CONTRATO:	1519-2018	Periodo certificado desde el	Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año
			1	11	2018		30	11	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO		C. C.	51.997.599		DE	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI __X__ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
ACTIVIDADES BÁSICAS. 1. Portar con los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades.-2.Preparar oportunamente los elementos de acuerdo al tipo de procedimiento.-3.Ejecutar con criterio, actividades según tratamiento médico y de enfermería, planeando y ejecutando cuidados de enfermería según necesidades y prioridades del paciente.-4.Realizar procedimientos básicos, teniendo en cuenta la técnica adecuada.-5.Arreglar la unidad, mantener el orden y aseo de la misma. -6.Preparar al paciente, colaborar en los exámenes de diagnóstico y tratamientos especiales.-7.Asistir oportunamente al paciente en la alimentación, eliminacion, deambulación y traslados.-8.Realizar calculo y control de liquidos, administrados y eliminados. -9. Realizar personalmente las actividades objeto del contrato para lo cual fueron contratadas y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin que quede exento de la responsabilidad que le incumbe por la correspondiente a sus subordinados.-10. Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades.	100%	1-Porta uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades. 2-Realizar procedimiento básicos de enfermería a pacientes asignados. 3-Preparar paciente para exámenes especiales y/o medios diagnósticos. 4-Asistir al paciente en sus actividades básicas	1-Anecdotario. 2-Bitácora de procedimientos. 3-Bitácora de procedimientos. 4-Bitácora de procedimientos
REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES: 11. Efectuar oportuna y claramente, registros de todos los cuidados de enfermería.-12.Registrar en Notas de Enfermería, el estado clínico del paciente y actividades realizadas. 13. Llenar a cabalidad los formatos de historias clínicas, escribiendo en las Notas de Enfermería su nombre claro y manteniendo identificadas las Historias Clínicas de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoría y el manual de historias clínicas de la Institución, respaldando toda actuación con su nombre y sello.-14.Custodiar y cuidar la documentación e información que en su cargo conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso e impedir o evitar la sustracción, destrucción, ocultamiento o utilización indebida. 15. Elaborar guías, informes, protocolos u otros informes solicitados en el cumplimiento de sus actividades.	100%	1-Realiza registros en forma clara y ordenados cronológicamente	1-Lista de verificación
RECIBO Y ENTREGA DE TURNO: 16. Recibir y entregar la información detallada de cada uno de los pacientes.	100%	1-Realizar recibo y entrega de turno	1- Libro de recibo y entrega de turno con asignación diaria
RELACIONES INTERPERSONALES, TRABAJO EN EQUIPO, COMUNICACIÓN ASERTIVA, HUMANIZACION SERVICIO, NECESIDADES DEL EQUIPO: 17. Atender las necesidades del equipo de trabajo.-18.Explicar procedimientos al paciente y/o a la familia.-19.Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética de enfermería y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados, tanto en Servicios Ambulatorios, como en Urgencias y Hospitalización.-20. Tratar con respecto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación por razón de su cargo.-21. Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes.	100%	1-Aplicar protocolo de bienvenida al paciente que ingresa al servicio	1-Bitácora y/o lista de verificación
EPIDEMIOLOGIA, ASEPSIA Y BIOSEGURIDAD. 22. Aplicar los principios de técnica aséptica.-23. Aplicar las normas universales de Bioseguridad, en el manejo de fluidos.-24. Cumplir con la presentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional, ejecutando procedimientos seguros de trabajo según actividad a realizar en la Institución, Así como acogerse al programa de Salud Ocupacional Institucional y a los planes de emergencia y evacuación del Hospital y a los planes de contingencia del área de mantenimiento.	100%	1-Usa los elementos de protección personal. 2-Realiza aseo y desinfección de camas,camillas e inmobiliario de paciente.	1-Anecdotario. 2-Lista de verificación aseo y desinfección
MANEJO, USO CUSTODIA DE RECURSOS FISICOS, INSUMOS, EQUIPOS E IDENTIFICACION. 25. Vigilar e informar faltantes del inventario.-26.Mantener el orden, limpieza y buen manejo de los equipos de materiales.-27. Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la Institución y demás equipos y elementos del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales.-28. Portar el Carnet de la institución durante la prestación de servicio según los parámetros de la institución.29. Salvaguardar los bienes que se entregan para el desempeño de las funciones y registrando y controlando los formatos establecidos para esta función. -30. Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación, traslados, reintegros o pérdidas de los bienes bajo el marco normativo.-31.Utilizar los bienes y recursos asignados para el empleo a su cargo o la información reservada en forma exclusiva para los fines que correspondan.	100%	1-Realizar inventarios asignados por el jefe inmediato. 2-Custodia historias clínicas de pacientes asignados.	1-Libro de inventario. 2-Registro del traslado de historias clínicas de la unidad.
CAPACITACION, EDUCACION CLINICA E INVESTIGACION PERMANENTE: 31. Asistir a todas las capacitaciones programadas por la institución. 32. Participar enel diagnóstico de necesidades de capacitación al interior de su área, para su posterior realización.	100%	1-Asiste a las capacitaciones programadas en la USSK	1-Formato de asistencia de capacitación

OBSERVACIONES: HORAS LABORADAS 186

TOTAL A PAGAR (Número y letras):	$ 1.251.780	Un Millón Doscientos Cincuenta y Un Mil Setecientos Ochenta Pesos 00/100 Mcte

Marta Lucia Choachi

MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO

51.997.599

VIVIANA TEJERA

PROFESIONAL ESPECIALIZADO

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS
DATOS EN DECRETO 780 DE 2016

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-11-13, 11:11:21 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1016159307

Periodo Cotización: octubre de 2018 **Periodo Servicio:** octubre de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8876557460

PAGADO 13/11/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO		
Documento	CC51997599	**Dirección**	DG 48 S 13 ETE 48
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3115272550
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARP SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 51997599	MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO	59	00																0	30	30	0	(23100) COLFONDOS	$ 781.242	$ 125.000	(EPS023) CRUZ BLANCA EPS	$ 781.242	$ 97.700	2.436	$ 781.242	$ 19.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 781.242	$ 781.242	$ 781.242	$ 0	$ 125.000	$ 97.700	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241.800	$ 0	$ 241.800

Marta Lucia Choachi

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

CONTRATO NUMERO:1519 - 2018
CONTRATANTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. Nit.900.959.048-4
CONTRATISTA: MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO - CEDULA No. 51997599
OBJETO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area Asistencial dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE. ($3755340)
VALOR HORA: $ $6.730
PLAZO DE EJECUCIÓN: Tres (03) Meses
FECHA INICIO: 01 DE FEBRERO DE 2018
FECHA TERMINACIÓN: 30 DE ABRIL DE 2018
SUPERVISOR : NUTRICIONISTA

Entre los suscritos **VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 30.772.851 expedida en Turbaco (Bolívar), nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 161 del 05 de Abril de 2017 y posesionada el día 07 de abril de 2017, obrando en nombre y representación legal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente - ESE, persona jurídica identificada con NIT No. **900.959.048-4**, y creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C**,** y como tal facultada para celebrar el presente contrato de prestación de servicios de conformidad con el Estatuto de Contratación de la Subred, quien en adelante se denomina el **CONTRATANTE**, por una parte y por la otra **MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO,** mayor de edad, identificado(a) con cedula No.**51997599**, quien en adelante se denomina el **CONTRATISTA**, en ejercicio de la autonomía de la voluntad y con pleno consentimiento hemos acordado celebrar el presente contrato que se rige por lo señalado en el numeral 6º del artículo 195 de la ley 100 de 1993, Estatuto y Manual de Contratación de ésta E.S.E., sus Acuerdos modificatorios y demás normas que regula el Derecho Privado y **CONSIDERANDO**: **a)** Que el Articulo No. 195 de la Ley 100 del 23 de Diciembre de 1993, establece respecto del régimen jurídico aplicable a las Empresas Sociales de Salud en su Numeral 6 que: *"En materia contractual se regirá por el derecho privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública"* **b)** Que mediante el Acuerdo 641 del 06 de abril de 2016 "Por el cual se efectúa la reorganización del sector salud de Bogotá, Distrito Capital, se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones" se creó la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. **c)** Que mediante el Decreto Distrital No. 161 del 05 de abril de 2017, el Alcalde Mayor de Bobota D.C., designó a la Gerente de la Entidad para ejercer su nombramiento a partir del día 07 de abril de 2017 hasta el 31 de marzo de 2020. **d)** Que la Junta Directiva de la Entidad, expidió Acuerdo No. 37 del 20 de Septiembre de 2017,"*Por medio del cual la Junta Directiva modifica los Acuerdos 03 y 015 de 2016, Estatuto de Contratación de la Subred Suroccidente*" **e)** Que el área de Talento Humano certifica la ausencia y/o insuficiencia de personal en la planta de la ESE para el cumplimiento de los procesos, subprocesos, proyectos y actividades establecidas en la institución. **f)** Que existe soporte del área responsable donde justifica la necesidad de un recurso humano para la prestación del servicio requerido en la ESE. **g)** Que existe constancia sobre de la idoneidad y capacidad del **CONTRATISTA**, para ejecutar el presente contrato, de conformidad con los documentos presentados como soporte de la hoja de vida por parte del CONTRATISTA.; Que por lo expuesto es necesario contratar el desarrollo de actividades indicadas a continuación bajo los parámetros desarrollados en el presente texto jurídico: **CLÁUSULAS: PRIMERA.- OBJETO**: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area Asistencial dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. **SEGUNDA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE a realizar las siguientes actividades: **a) Específicas.** Apoyar la elaboración de las dietas terapéuticas con base a las necesidades patológicas de los pacientes hospitalizados, todo relacionado a una minuta pre establecida teniendo en cuenta los requerimientos nutricionales de los mismos. **b) Generales**: Además de las anteriores y sin perjuicio de su autonomía, el CONTRATISTA tendrá las siguientes obligaciones: 1. Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica) y desarrollar las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual. 2. Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato. 3. Conocer y aplicar las políticas institucionales. 4. Participar activamente en los procesos de acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred, y apoyar estos procesos con la información y/o documentación que sea requerida, según el área a que corresponda. 5. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. En los casos en los que

aplique el CONTRATISTA autoriza con la firma del presente Contrato el descuento de los valores que se generen por glosas definitivas no subsanables aplicadas en contra de la E.S.E. y con ocasión del desarrollo de sus actividades. 6. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional. 7. Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes. El incumplimiento de esta obligación o la falsedad en la misma será causal de terminación del contrato. 8. Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. 9. Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados a título de préstamo para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato. En caso de incurrir el CONTRATISTA, en extravío, pérdida, destrucción o daño no proveniente del uso normal, de bienes entregados para el desarrollo de sus actividades, el CONTRATANTE queda autorizado para deducir de los saldos pendientes a favor del CONTRATISTA las sumas correspondientes como pago o reposición de los mismos. 10. Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas. 11. Preparar y presentar conforme a su competencia los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley, garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos. 12. Asistir y aprobar los procesos de actualización presenciales y virtuales, Inducción y/o re-inducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales. 13. Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas. 14. El CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E, que comprometa el buen nombre la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. o de cualquiera de sus Unidades de Prestación de Servicios de Salud, será motivo de terminación del contrato. 15. En caso de ser designado supervisor de un contrato, realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico enmendado, respondiendo fiscal, disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que ello conlleve. 20. El CONTRATISTA, cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atención médica y apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica. 21. Una vez terminado el contrato, por terminación del plazo de ejecución o anticipadamente, el contratista se obliga a dar trámite de paz y salvo por todo concepto con la Entidad, el cual deberá allegar con la última cuenta de cobro, so pena de no certificar el último servicio recibido. 22. Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios, haciendo uso eficiente de los insumos puestos a su disposición, así como de los recursos de agua y energía y contribuir con el reciclaje. 23 Cumplir con los planes de emergencia Institucionales y normas del Sistema General de Riesgos Laborales procurando el cuidado integral de su salud, contando con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada e informando a la Subred Sur la ocurrencia de incidentes o accidentes durante la ejecución del contrato. 24. Si el CONTRATISTA desarrolla actividades en los servicios ambulatorios, hospitalarios, urgencias y/o complementarios, como Médico, Médico Especialista, Odontólogo, Odontólogo Especialista, Profesional en Enfermería o Bacteriólogo, se obliga a constituir y mantener vigente Garantía o Póliza de Responsabilidad Civil Profesional para Profesiones Médicas y Profesionales de la Salud, expedida por entidad legalmente autorizada. 25. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual. . **PARAGRAFO PRIMERO**: El CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE a solicitar información sobre estado o afiliación al Fondo de Pensiones, E.P.S., ARL y Operadores Pila. **PARAGRAFO SEGUNDO**: Las partes de común acuerdo manifiestan que el CONTRATISTA estará afiliado a una Entidad Administradora de Riesgos Laborales A.R.L., se procurará que sea la misma en la que se encuentra afiliado el CONTRATANTE con el propósito de garantizar el programa de salud ocupacional. **TERCERA.- VALOR:** El valor total del presente contrato para todos sus efectos se fija en la suma de **TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE. ($3755340)** valor resultante del valor hora contratada por la cantidad de horas requeridas. **CUARTA.- IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL**: El valor del presente contrato será cancelado por el **CONTRATANTE** con cargo al **Certificado de Disponibilidad Presupuestal Número 33 del 12 de enero de 2018, Rubro: CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES,** expedido por el área financiera – Presupuesto de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. **QUINTA.- FORMA DE PAGO:** El **CONTRATANTE** cancelará el valor total del contrato a suscribir, a título de honorarios, por mensualidades vencidas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del presente contrato, sobre la base del valor hora SEIS MIL SETECIENTOS TREINTA PESOS M/CTE. (**$$6.730**) por la cantidad de horas requeridas, conforme a la tabla de honorarios, susceptibles de descuentos, retenciones y reservas a que haya lugar o que indique la ley. La certificación de pago debe presentarse en las fechas establecidas por la Institución y debe ir acompañada de los siguientes documentos: **1.** Informe mensual de actividades y ejecución del contrato. **2.** Certificado de Cumplimiento. **3.** Planilla que soporte que se hayan realizado los respectivos pagos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales del respectivo mes. Si EL **CONTRATISTA** pertenece al **RÉGIMEN COMÚN** deberá presentar para cada uno de los pagos la correspondiente

factura. **PARÁGRAFO: RETENCIONES**: Para cumplir con las obligaciones fiscales de ley, el **CONTRATANTE** efectuará las siguientes deducciones por Impuestos Nacionales y Distritales que establezca o cree la ley. En todo caso las retenciones que el **CONTRATANTE** efectúe, estarán a cargo del **CONTRATISTA**. **SEXTA.-. TERMINACIÓN ANTICIPADA:** En el evento en que el CONTRATISTA requiera la terminación anticipada del Contrato, deberá solicitarla con una antelación mínima de diez (10) días hábiles al supervisor del contrato, quien evaluará la solicitud, sobre la base que no se afecte la Prestación del Servicio. El CONTRATANTE, podrá terminar anticipadamente el presente contrato en cualquier momento por necesidades del servicio, terminación del proyecto, incumplimiento del CONTRATISTA, no cumplimiento de las obligaciones contractuales o culminación de actividades contratadas, por lo tanto no habrá lugar a indemnizaciones. **SÉPTIMA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE:** El CONTRATANTE se compromete para con el CONTRATISTA además de cumplir con el pago de los honorarios señalados en el presente contrato, a facilitar la documentación, insumos mínimos e información necesarios que requiera el CONTRATISTA para el cumplimiento de sus obligaciones y actividades**. OCTAVA.- CESIÓN O SUBCONTRATACIÓN:** El CONTRATISTA no podrá subcontratar o ceder parcial o totalmente los derechos y obligaciones emanados de éste contrato a persona natural o jurídica, sea nacional o extranjera, sin previa aprobación del CONTRATANTE**. NOVENA -. SUSPENSIÓN:** Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobados se podrá suspender temporalmente la ejecución del presente contrato de común acuerdo entre las partes mediante la suscripción de un acta, en la que conste la causa de la misma, previamente avalada por el supervisor, no obstante el plazo de suspensión no será superior a treinta (30) días calendario; salvo casos asociados al cuidado de la salud debidamente soportados, en caso de superarse este término se tramitará la terminación del contrato de forma bilateral o unilateral. **PARÁGRAFO PRIMERO:** El término de la suspensión no podrá ser computable para efectos del plazo extintivo, ni dará derecho a exigir indemnización alguna o a reclamar honorarios diferentes a los causados a la fecha de la suspensión. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** La suspensión de actividades sin previo aviso o visto bueno del supervisor dará lugar a la terminación anticipada y unilateral del Contrato. **DÉCIMA .- CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA:** En caso de incumplimiento total o parcial de las obligaciones por parte del CONTRATISTA este pagará al CONTRATANTE a título de cláusula penal, una suma equivalente al **veinte por ciento (20%)** del valor total del contrato, que se imputará como indemnización de perjuicios que se causen por el incumplimiento. **PARÁGRAFO PRIMERO**: De acuerdo con el contenido de la presente cláusula el CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE, que de probarse que la glosa definitiva o los descuentos realizados a la entidad son atribuibles a él, descuente su valor de los contratos posteriores que llegare a firmar, o requerirlo para el pago de manera directa, previo agotamiento del debido proceso. En caso de que el CONTRATISTA no se encuentre vinculado a la entidad de manera alguna, el CONTRATANTE podrá iniciar las acciones legales pertinentes. **PARÁGRAFO SEGUNDO**: Si las actividades no conllevan proceso en que resulten glosas o descuentos no se debe tener en cuenta, lo señalado en el PARAGRAFO PRIMERO de la presente cláusula. **DÉCIMA PRIMERA.- CLÁUSULA COMPROMISORIA:** Las diferencia que ocurran entre las partes en la celebración, ejecución, desarrollo, terminación o liquidación del presente contrato serán resueltas a través de los mecanismos alternativos de solución de conflictos previstos en la ley. **DÉCIMA SEGUNDA.- INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** El CONTRATISTA, afirma bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente contrato, que no se halla incurso en ninguna de las causales de inhabilidad ni incompatibilidad para celebrar este contrato con el CONTRATANTE, de conformidad con la Ley. **DÉCIMA TERCERA.- DOCUMENTOS**: Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos: **a)** Formato de requerimiento debidamente diligenciado**. b)** Certificado de disponibilidad presupuestal. **c)** Fotocopia del Registro Único Tributario – R.U.T. **f)** Todos los demás documentos que sirvan de fundamento para su ejecución. **DÉCIMA CUARTA.- CAUSALES DE TERMINACIÓN: a)** Por terminación del plazo de ejecución, **b)** Por mutuo acuerdo entre las partes, **c)** Por muerte del CONTRATISTA, **d)** Por incumplimiento de las obligaciones del CONTRATISTA pactadas en la cláusula segunda, sin que por esto medie pago de honorarios ni indemnización alguna por parte del CONTRATANTE. **e)** Por razones de fuerza mayor o caso fortuito no atribuibles a las partes. **f)** Por imposibilidad del CONTRATISTA para ejercer la profesión u oficio. **g)** Por orden de autoridad competente. **h)** Las demás indicadas en el texto del contrato. **DÉCIMA QUINTA.- CLÁUSULAS EXORBITANTES:** En cuanto a la CADUCIDAD, INTERPRETACIÓN UNILATERAL, MODIFICACIÓN UNILATERAL Y TERMINACIÓN UNILATERAL, el presente contrato se regirá por los preceptos contemplados en los Artículos 15, 16, 17 y 18 de la ley 80 de 1993. **DÉCIMA SEXTA. – CONFIDENCIALIDAD:** Toda la información que intercambien las partes en desarrollo del contrato que las une, es de carácter reservado. El CONTRATISTA se compromete a guardar la más estricta reserva sobre la información del CONTRATANTE y la personal de sus colaboradores, directivos, etc. a que tenga acceso en razón del presente contrato y a no divulgar a terceros o a usar para propósitos distintos del cumplimiento del objeto de este contrato, toda o cualquier parte de la información del CONTRATANTE a que tenga acceso en razón de este Contrato, o que haya sido recibida o averiguada por el CONTRATISTA directa o indirectamente del CONTRATANTE, o de sus colaboradores, directivos, etc., otros contratistas o consultores, contratantes u originada de otra manera y adquirida por el CONTRATISTA, en conexión con o como resultado de la realización de servicios objeto de este contrato. Es objeto especial de este acuerdo de confidencialidad la información de propiedad del CONTRATANTE entre otros, pero sin limitarse estos a los medios escritos, magnéticos, Internet, informes, actas, etc., los cuales no podrán ser revelados, copiados, reenviados, retirados de la E.S.E. La violación de este acuerdo de confidencialidad a juicio de la empresa, será considerada falta grave y causal de terminación contractual imputable al CONTRATISTA**.**

DÉCIMA SÉPTIMA.- PROPIEDAD INTELECTUAL: Si de la ejecución del presente contrato resultan estudios, investigaciones, descubrimientos, invenciones, información, mejoras y/o diseños, éstos pertenecen al CONTRATANTE. Así mismo, el CONTRATISTA garantiza que los servicios prestados a la E.S.E no infringen ni vulneran los derechos de propiedad intelectual o industrial o cualesquiera otros derechos legales o contractuales de terceros. **DÉCIMA OCTAVA.- INDEMNIDAD:** El CONTRATISTA mantendrá indemne al CONTRATANTE contra todo reclamo, demanda, acción legal y costo que pueda causarse o surgir por daños o lesiones a personas o propiedades de terceros, ocasionados por el CONTRATISTA en la ejecución del objeto y las obligaciones contractuales. En caso de que se entable un reclamo, demanda o acción legal contra el CONTRATANTE, por asuntos que según el Contrato sean de responsabilidad del CONTRATISTA, éste será notificado para que por su cuenta adopte oportunamente las medidas previstas por la ley para mantener indemne al CONTRATANTE. El CONTRATISTA será responsable de todos los daños causados al CONTRATANTE, ocasionados por su culpa y le reconocerá y pagará el valor de tales daños o procederá a repararlos debidamente a satisfacción del CONTRATANTE. **VIGESIMA.- EXCLUSIÓN DE RELACION LABORAL:** El presente contrato, excluye de manera expresa la relación laboral por lo tanto en ningún caso será considerado como contrato de trabajo y en desarrollo de él, el CONTRATISTA no tendrá ninguna relación laboral con el CONTRATANTE. Por tanto el CONTRATISTA renuncia a ejercer cualquier acción judicial de carácter laboral con ocasión del presente Contrato de Prestación de Servicios Profesionales y/o de Apoyo a la Gestión. **VIGÉSIMA PRIMERA.- INDEPENDENCIA DEL CONTRATISTA:** El CONTRATISTA es una entidad independiente del CONTRATANTE., y en consecuencia, el CONTRATISTA no es su representante, agente o mandatario, por tanto no tiene la facultad de hacer declaraciones, representaciones o compromisos en nombre del CONTRATANTE, ni de tomar decisiones o iniciar acciones que generen obligaciones a cargo del CONTRATANTE. **VIGÉSIMA SEGUNDA.- CONSENTIMIENTO**. El CONTRATISTA autoriza al Área de Contratación de la Subred, a entes de control tanto internos como externos y a la Gerencia para que tengan acceso a los registros que reposan en la carpeta de contratación, con fines informativos y de verificación en el momento en que se requiera**. VIGÉSIMA TERCERA.- PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** el presente contrato se perfeccionará con la firma de las partes y para su ejecución se requerirá la expedición del respectivo Certificado de Registro Presupuestal. **VIGÉSIMA CUARTA.- SUPERVISIÓN:** La Supervisión del presente contrato será ejercida o estará a cargo del **NUTRICIONISTA** o quien haga sus veces, o quien designe el **CONTRATANTE**, quien verificará el cabal cumplimiento, por parte del **CONTRATISTA,** de las actividades pactadas en el presente contrato, así como el pago oportuno y completo de los aportes al Sistema General de Seguridad Social e informará oportunamente las situaciones que afecten la ejecución de lo pactado y las demás disposiciones contenidas en el Estatuto y Manual de Contratación de la Subred. **VIGÉSIMA QUINTA.- MANIFESTACIÓN DE NO LAVADO DE ACTIVOS NI FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO:** El CONTRATISTA manifiesta bajo la gravedad de juramento que el origen de los recursos empleados para la ejecución del objeto del presente contrato son lícitos y ajenos a las actividades que comprenden el tipo penal de lavado de activos, conforme a las disposiciones legales vigentes, en especial el Art. 27 de la Ley 1121 de 2016 *"Por la cual se dictan normas para la prevención, detección, investigación y sanción de la financiación del terrorismo y otras disposiciones"*. **VIGÉSIMA SEXTA.- DOMICILIO**: Para todos los efectos el domicilio contractual es la ciudad de Bogotá D.C.

El presente contrato se perfecciona a través de la firma electrónica.

ADICIÓN Y PRÓRROGA AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTION Nº 1591 de 2018

Entre **VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 30.772.851 expedida en Turbaco (Bolívar), en calidad de GERENTE y como tal nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 161 del 05 de Abril de 2017 obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E,** de conformidad con el Estatuto de Contratación de la Subred, quien en adelante se denomina el **CONTRATANTE**, por una parte y por la otra, **JESSICA GISELA PERALTA ALFONSO** mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado (a) con cedula No**.1.073.709.238,** quien manifiesta, bajo la gravedad de juramento que se entiende presentado con la ejecución del presente documento, que no se encuentra incurso (a) en las causales de inhabilidad, incompatibilidad y conflicto de intereses establecidas en la Constitución Política de Colombia y en la Ley para contratar, quien en adelante se denominará **CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar la presente **ADICIÓN Y PROROGA**, previas las siguientes consideraciones: **1.-)** Que entre las partes se celebró Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión No**. 1591 de 2018,** cuyo objeto es **" Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Enfermería, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.",** con fecha de inicio **01 de febrero de 2018. 2.-)** Que el plazo de ejecución y/o el valor o saldo por ejecutar del contrato en mención se encuentran vigentes, con fecha de terminación inicial el día **30 de abril de 2018** y un valor inicial de **CUATRO MILLONES SETECIENTOS VEINTE Y NUEVE MIL CINCUENTA PESOS M/CTE ($ 4.729.050,oo) 3.-)** Que el presente contrato ha tenido **3** adición(es), por un valor total en adiciones de **CUATRO MILLONES SETECIENTOS VEINTE Y NUEVE MIL CINCUENTA PESOS M/CTE ($4.729.050,oo)** y prorrogado hasta el **31 de julio de 2018 4.-)** Que existe solicitud del Supervisor del contrato mediante la cual justifica el requerimiento de adicionar en valor y prorrogar el plazo del contrato, sumado a la necesidad de dar cumplimiento a los planes institucionales y necesidades del servicio. **5.-)** Que la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, es una entidad que se rige por el derecho privado de conformidad con el artículo No. 195 de la Ley 100 del 23 de Diciembre de 1993 y mediante Acuerdo No. 37 de 2017 por el cual se expidió el Estatuto de Contratación y Resolución 754 de 2017 Manual de Contratación, en los cuales se establece que los contratos de apoyo a la gestión que suscriba la entidad podrán adicionarse cuantas veces sea necesario, dentro de la misma vigencia fiscal, siempre y cuando el objeto del Contrato no sea modificado. Teniendo en cuenta que para la vigencia 2018 la entidad comenzó a implementar la plataforma del Sistema Electrónico de Contratación Pública - SECOP II para realizar sus contrataciones, frente a las adiciones y prorrogas se evidenció que ésta plataforma no permite adicionar más del 50% del valor del contrato inicial, situación reportada a Colombia Compra Eficiente a través de chat en línea, correo electrónico y de PQRD 4201814000001952, con respuesta recibida el 22-03-2018 No. Radicado: 2201813000002257. **6.-)** Que en atención a lo expuesto, a la normatividad que regula a ésta E.S.E., a las respuestas de Colombia Compra Eficiente y a la necesidad de dar cumplimiento a la misión y visión de la entidad al igual que la necesidad de los servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión asistencial y administrativa para dar respuesta a la comunidad del distrito, se procede a realizar la presente adición y prorroga a través de modificación al contrato electrónico. **7.-)** Que como consecuencia de lo anterior, es procedente la celebración de la presente **Adición y prórroga**, la cual se regirá por las siguientes condiciones: **CLÁUSULA PRIMERA:** Adicionar al valor del contrato el monto de **UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE ($1.576.350,oo)** el cual será cancelado al contratista en las mismas condiciones que el contrato principal, supeditado al Programa Anual de Caja (PAC) mensualizado. **Parágrafo:** Para todos los efectos legales y fiscales el total del contrato quedará en la suma de **ONCE MILLONES TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE ($11.034.450,oo) CLÁUSULA SEGUNDA:** El valor de la presente adición se respalda con el **C.D.P No. 1250 del 27 de julio de 2018,** Código Rubro **- 32-10-30-50-1,** nombre rubro: **CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES,**expedido por el responsable del presupuesto del área Financiera. **CLÁUSULA TERCERA:** Prorrogar el plazo de ejecución por un **Un (1) mes** más, es decir hasta el día **31 de agosto de 2018. CLÁUSULA CUARTA:** Todas las condiciones y estipulaciones no modificadas por el presente acto permanecen vigentes y se hacen exigibles.

La presente Adición y Prorroga se perfecciona con su registro electrónico en la plataforma.

Labf

ADICIÓN Y PRÓRROGA AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTION Nº 1519 de 2018

Entre **VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 30.772.851 expedida en Turbaco (Bolívar), en calidad de GERENTE y como tal nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 161 del 05 de Abril de 2017 obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E,** de conformidad con el Estatuto de Contratación de la Subred, quien en adelante se denomina el **CONTRATANTE**, por una parte y por la otra, **MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO** mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado (a) con cedula No**.51.997.599,** quien manifiesta, bajo la gravedad de juramento que se entiende presentado con la ejecución del presente documento, que no se encuentra incurso (a) en las causales de inhabilidad, incompatibilidad y conflicto de intereses establecidas en la Constitución Política de Colombia y en la Ley para contratar, quien en adelante se denominará **CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar la presente **ADICIÓN Y PROROGA**, previas las siguientes consideraciones: **1.-)** Que entre las partes se celebró Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión No**. 1519 de 2018,** cuyo objeto es **" Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area Asistencial dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.",** con fecha de inicio **01 de febrero de 2018. 2.-)** Que el plazo de ejecución y/o el valor o saldo por ejecutar del contrato en mención se encuentran vigentes, con fecha de terminación inicial el día **30 de abril de 2018** y un valor inicial de **TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE ($ 3.755.340) 3.-)** Que el presente contrato ha tenido **2** adición(es), por un valor total en adiciones de **DOS MILLONES QUINIENTOS TRES MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS M/CTE ($2.503.560,oo)** y prorrogado hasta el **30 de junio de 2018 4.-)** Que existe solicitud del Supervisor del contrato mediante la cual justifica el requerimiento de adicionar en valor y prorrogar el plazo del contrato, sumado a la necesidad de dar cumplimiento a los planes institucionales y necesidades del servicio. **5.-)** Que la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, es una entidad que se rige por el derecho privado de conformidad con el artículo No. 195 de la Ley 100 del 23 de Diciembre de 1993 y mediante Acuerdo No. 37 de 2017 por el cual se expidió el Estatuto de Contratación y Resolución 754 de 2017 Manual de Contratación, en los cuales se establece que los contratos de apoyo a la gestión que suscriba la entidad podrán adicionarse cuantas veces sea necesario, dentro de la misma vigencia fiscal, siempre y cuando el objeto del Contrato no sea modificado. Teniendo en cuenta que para la vigencia 2018 la entidad comenzó a implementar la plataforma del Sistema Electrónico de Contratación Pública - SECOP II para realizar sus contrataciones, frente a las adiciones y prorrogas se evidenció que ésta plataforma no permite adicionar más del 50% del valor del contrato inicial, situación reportada a Colombia Compra Eficiente a través de chat en línea, correo electrónico y de PQRD 4201814000001952, con respuesta recibida el 22-03-2018 No. Radicado: 2201813000002257. **6.-)** Que en atención a lo expuesto, a la normatividad que regula a ésta E.S.E., a las respuestas de Colombia Compra Eficiente y a la necesidad de dar cumplimiento a la misión y visión de la entidad al igual que la necesidad de los servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión asistencial y administrativa para dar respuesta a la comunidad del distrito, se procede a realizar la presente adición y prorroga a través de modificación al contrato electrónico. **7.-)** Que como consecuencia de lo anterior, es procedente la celebración de la presente **Adición y prórroga**, la cual se regirá por las siguientes condiciones: **CLÁUSULA PRIMERA:** Adicionar al valor del contrato el monto de **UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA Y UNO MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE ($ 1.251.780,oo)** el cual será cancelado al contratista en las mismas condiciones que el contrato principal, supeditado al Programa Anual de Caja (PAC) mensualizado. **Parágrafo:** para todos los efectos legales y fiscales el total del contrato quedará en la suma de **SIETE MILLONES QUINIENTOS DIEZ MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE ($7.510.680,oo) CLÁUSULA SEGUNDA:** El valor de la presente adición se respalda con el **C.D.P. No. 1109 del 26 de junio de 2018,** Código Rubro **- 32-10-30-50-1,** nombre rubro: **CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES,**expedido por el responsable del presupuesto del área Financiera. **CLÁUSULA TERCERA:** Prorrogar el plazo de ejecución por un **Un (1) mes** más, es decir hasta el día **31 de julio de 2018. CLÁUSULA CUARTA:** Todas las condiciones y estipulaciones no modificadas por el presente acto permanecen vigentes y se hacen exigibles.

La presente Adición y Prorroga se perfecciona con su registro electrónico en la plataforma.

ADICIÓN Y PRÓRROGA AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTION Nº 1519 de 2018

Entre **VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 30.772.851 expedida en Turbaco (Bolívar), en calidad de GERENTE y como tal nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 161 del 05 de Abril de 2017 obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E,** de conformidad con el Estatuto de Contratación de la Subred, quien en adelante se denomina el **CONTRATANTE**, por una parte y por la otra, **MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO** mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado (a) con cedula No**.51.997.599,** quien manifiesta, bajo la gravedad de juramento que se entiende presentado con la ejecución del presente documento, que no se encuentra incurso (a) en las causales de inhabilidad, incompatibilidad y conflicto de intereses establecidas en la Constitución Política de Colombia y en la Ley para contratar, quien en adelante se denominará **CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar la presente **ADICIÓN Y PRORROGA**, previas las siguientes consideraciones: **1.-)** Que entre las partes se celebró Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión No**. 1519 de 2018,** cuyo objeto es **" Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area Asistencial dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.",** con fecha de inicio **01 de febrero de 2018. 2.-)** Que el plazo de ejecución y/o el valor o saldo por ejecutar del contrato en mención se encuentran vigentes, con fecha de terminación inicial el día **30 de abril de 2018** y un valor inicial de **TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE ($ 3.755.340) 3.-)** Que el presente contrato ha tenido **1** adición (es), por un valor total en adiciones de **UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA Y UNO MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE ($1.251.780)** y prorrogado hasta el **31 de mayo de 2018 4.-)** Que existe solicitud del Supervisor del contrato mediante la cual justifica el requerimiento de adicionar en valor y prorrogar el plazo del contrato, sumado a la necesidad de dar cumplimiento a los planes institucionales y necesidades del servicio. **5.-)** Que la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, es una entidad que se rige por el derecho privado de conformidad con el artículo No. 195 de la Ley 100 del 23 de Diciembre de 1993 y mediante Acuerdo No. 37 de 2017 por el cual se expidió el Estatuto de Contratación y Resolución 754 de 2017 Manual de Contratación, en los cuales se establece que los contratos de apoyo a la gestión que suscriba la entidad podrán adicionarse cuantas veces sea necesario, dentro de la misma vigencia fiscal, siempre y cuando el objeto del Contrato no sea modificado. Teniendo en cuenta que para la vigencia 2018 la entidad comenzó a implementar la plataforma del Sistema Electrónico de Contratación Pública - SECOP II para realizar sus contrataciones, frente a las adiciones y prorrogas se evidenció que ésta plataforma no permite adicionar más del 50% del valor del contrato inicial, situación reportada a Colombia Compra Eficiente a través de chat en línea, correo electrónico y de PQRD 4201814000001952, con respuesta recibida el 22-03-2018 No.Radicado: 2201813000002257. **6.-)** Que en atención a lo expuesto, a la normatividad que regula a ésta E.S.E., a las respuestas de Colombia Compra Eficiente y a la necesidad de dar cumplimiento a la misión y visión de la entidad al igual que la necesidad de los servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión asistencial y administrativa para dar respuesta a la comunidad del distrito, se procede a realizar la presente adición y prorroga a través de modificación al contrato electrónico. **7.-)** Que como consecuencia de lo anterior, es procedente la celebración de la presente **Adición y prórroga**, la cual se regirá por las siguientes condiciones: **CLÁUSULA PRIMERA:** Adicionar al valor del contrato el monto de **UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA Y UNO MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE ($ 1.251.780,oo)** el cual será cancelado al contratista en las mismas condiciones que el contrato principal, supeditado al Programa Anual de Caja (PAC) mensualizado. **Parágrafo:** para todos los efectos legales y fiscales el total del contrato quedará en la suma de **SEIS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS PESOS M/CTE ($6.258.900,oo) CLÁUSULA SEGUNDA:** El valor de la presente adición se respalda con el **C.D.P. No. 962 del 28 de mayo de 2018,** Código Rubro **- 32-10-30-50-1,** nombre rubro: **CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES,**expedido por el responsable del presupuesto del área Financiera. **CLÁUSULA TERCERA:** Prorrogar el plazo de ejecución por un **UN (1) MES** más, es decir hasta el día **30 de junio de 2018. CLÁUSULA CUARTA:** Todas las condiciones y estipulaciones no modificadas por el presente acto permanecen vigentes y se hacen exigibles.

La presente Adición y Prorroga se perfecciona con su registro electrónico en la plataforma.

ADICIÓN Y PRÓRROGA AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTION Nº 1519 de 2018

Entre **VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 30.772.851 expedida en Turbaco (Bolívar), en calidad de GERENTE y como tal nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 161 del 05 de Abril de 2017 obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E,** de conformidad con el Estatuto de Contratación de la Subred, quien en adelante se denomina el **CONTRATANTE**, por una parte y por la otra, **MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO** mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado (a) con cedula No**.51.997.599,** quien manifiesta, bajo la gravedad de juramento que se entiende presentado con la ejecución del presente documento, que no se encuentra incurso (a) en las causales de inhabilidad, incompatibilidad y conflicto de intereses establecidas en la Constitución Política de Colombia y en la Ley para contratar, quien en adelante se denominará **CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar la presente **ADICIÓN Y PRÓROGA**, previas las siguientes consideraciones: **1.-)** Que entre las partes se celebró Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión No**. 1519** de **2018,** cuyo objeto es **" Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area Asistencial dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.",** con fecha de inicio **01 de febrero de 2018. 2.-)** Que el plazo de ejecución y/o el valor o saldo por ejecutar del contrato en mención se encuentran vigentes, con fecha de terminación el día **30 de abril de 2018** y un valor inicial de **TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE ($ 3.755.340) 3.-)** Que existe solicitud del Supervisor del contrato mediante la cual justifica el requerimiento de adicionar en valor y prorrogar el plazo del contrato, sumado a la necesidad de dar cumplimiento a los planes institucionales y necesidades del servicio. **4.-)** Que la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, es una entidad que se rige por el derecho privado de conformidad con el artículo No. 195 de la Ley 100 del 23 de Diciembre de 1993 y mediante Acuerdo No. 37 de 2017 por el cual se expidió el Estatuto de Contratación y Resolución 754 de 2017 Manual de Contratación, en los cuales se establece que los contratos de apoyo a la gestión que suscriba la entidad podrán adicionarse cuantas veces sea necesario, dentro de la misma vigencia fiscal, siempre y cuando el objeto del Contrato no sea modificado. Teniendo en cuenta que para la vigencia 2018 la entidad comenzó a implementar la plataforma del Sistema Electrónico de Contratación Pública - SECOP II para realizar sus contrataciones, frente a las adiciones y prorrogas se evidenció que ésta plataforma no permite adicionar más del 50% del valor del contrato inicial, situación reportada a Colombia Compra Eficiente a través de chat en línea, correo electrónico y de PQRD 4201814000001952, con respuesta recibida el 22-03-2018 No.Radicado: 2201813000002257. **5.-)** Que en atención a lo expuesto, a la normatividad que regula a ésta E.S.E., a las respuestas de Colombia Compra Eficiente y a la necesidad de dar cumplimiento a la misión y visión de la entidad al igual que la necesidad de los servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión asistencial y administrativa para dar respuesta a la comunidad del distrito, se procede a realizar la presente adición y prorroga a través de modificación al contrato electrónico. **6.-)** Que como consecuencia de lo anterior, es procedente la celebración de la presente **Adición y prórroga**, la cual se regirá por las siguientes condiciones: **CLÁUSULA PRIMERA:** Adicionar al valor del contrato el monto de **UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA Y UNO MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE ($ 1.251.780)** el cual será cancelado al contratista en las mismas condiciones que el contrato principal, supeditado al Programa Anual de Caja (PAC) mensualizado. **Parágrafo:** para todos los efectos legales y fiscales el total del contrato quedará en la suma de **CINCO MILLONES SIETE MIL CIENTO VEINTE PESOS M/CTE ($5.007.120) CLÁUSULA SEGUNDA:** El valor de la presente adición se respalda con el **C.D.P. No. 803 del 18 de abril de 2018,** Código Rubro: **32-10-30-50-1,** nombre **CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES,**expedido por el responsable del presupuesto del área Financiera. **CLÁUSULA TERCERA:** Prorrogar el plazo de ejecución por un **UN (1) MES** más, es decir hasta el día **31 de mayo de 2018. CLÁUSULA CUARTA:** Todas las condiciones y estipulaciones no modificadas por el presente acto permanecen vigentes y se hacen exigibles.

La presente Adición y Prorroga se perfecciona con su registro electrónico en la plataforma.

ADICIÓN Y PRÓRROGA AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTION Nº 1519 de 2018

Entre **VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 30.772.851 expedida en Turbaco (Bolívar), en calidad de GERENTE y como tal nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 161 del 05 de Abril de 2017 obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E,** de conformidad con el Estatuto de Contratación de la Subred, quien en adelante se denomina el **CONTRATANTE**, por una parte y por la otra, **MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO** mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado (a) con cedula No**.51.997.599,** quien manifiesta, bajo la gravedad de juramento que se entiende presentado con la ejecución del presente documento, que no se encuentra incurso (a) en las causales de inhabilidad, incompatibilidad y conflicto de intereses establecidas en la Constitución Política de Colombia y en la Ley para contratar, quien en adelante se denominará **CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar la presente **ADICIÓN Y PROROGA**, previas las siguientes consideraciones: **1.-)** Que entre las partes se celebró Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión No**. 1519-2018,** cuyo objeto es **"Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area Asistencial dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.",** con fecha de inicio **01 de febrero de 2018** y valor inicial de **TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE. ($ 3.755.340,oo) . 2.-)** Que el plazo de ejecución y/o el valor o saldo por ejecutar del contrato en mención se encuentran vigentes, **3.-)** Que el presente contrato ha tenido **6** adición(es), por un valor total en adiciones de **SIETE MILLONES QUINIENTOS DIEZ MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE. ($7.510.680,oo)** en estado de ejecución al día **31 de octubre de 2018 4.-)** Que existe solicitud del Supervisor del contrato mediante la cual justifica el requerimiento de adicionar en valor y prorrogar el plazo del contrato, sumado a la necesidad de dar cumplimiento a los planes institucionales y necesidades del servicio. **5.-)** Que la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, es una entidad que se rige por el derecho privado de conformidad con el artículo No. 195 de la Ley 100 del 23 de Diciembre de 1993 y mediante Acuerdo No. 37 de 2017 por el cual se expidió el Estatuto de Contratación y Resolución 754 de 2017 Manual de Contratación, en los cuales se establece que los contratos de apoyo a la gestión que suscriba la entidad podrán adicionarse cuantas veces sea necesario, dentro de la misma vigencia fiscal, siempre y cuando el objeto del Contrato no sea modificado. Teniendo en cuenta que para la vigencia 2018 la entidad comenzó a implementar la plataforma del Sistema Electrónico de Contratación Pública - SECOP II para realizar sus contrataciones, frente a las adiciones y prorrogas se evidenció que ésta plataforma no permite adicionar más del 50% del valor del contrato inicial, situación reportada a Colombia Compra Eficiente a través de chat en línea, correo electrónico y de PQRD 4201814000001952, con respuesta recibida el 22-03-2018 No. Radicado: 2201813000002257. **6.-)** Que en atención a lo expuesto, a la normatividad que regula a ésta E.S.E., a las respuestas de Colombia Compra Eficiente y a la necesidad de dar cumplimiento a la misión y visión de la entidad al igual que la necesidad de los servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión asistencial y administrativa para dar respuesta a la comunidad del distrito, se procede a realizar la presente adición y prorroga a través de modificación al contrato electrónico. **7.-)** Que como consecuencia de lo anterior, es procedente la celebración de la presente **Adición y prórroga**, la cual se regirá por las siguientes condiciones: **CLÁUSULA PRIMERA:** Adicionar al valor del contrato el monto de **UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE. ($1.251.780,oo)** el cual será cancelado al contratista en las mismas condiciones que el contrato principal, supeditado al Programa Anual de Caja (PAC) mensualizado. **Parágrafo:** Para todos los efectos legales y fiscales el total del contrato quedará en la suma de **DOCE MILLONES QUINIENTOS DIECISIETE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE. ($12.517.800,oo)** **CLÁUSULA SEGUNDA:** El valor de la presente adición se respalda con el **C.D.P No.1731 del 29 de octubre de 2018,** Rubro **CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES 32-10-30-50-1,** expedido por el responsable del presupuesto del área Financiera. **CLÁUSULA TERCERA:** Prorrogar el plazo de ejecución hasta el día **30 de noviembre de 2018.** **CLÁUSULA CUARTA:** Todas las condiciones y estipulaciones no modificadas por el presente acto permanecen vigentes y se hacen exigibles.

La presente Adición y Prorroga se perfecciona con su registro electrónico (modificación) en la plataforma.

MODIFICACION, ADICIÓN Y PRÓRROGA AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTION Nº 1519 de 2018

Entre **VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 30.772.851 expedida en Turbaco (Bolívar), en calidad de GERENTE y como tal nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 161 del 05 de Abril de 2017 obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E,** de conformidad con el Estatuto de Contratación de la Subred, quien en adelante se denomina el **CONTRATANTE**, por una parte y por la otra, **MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO** mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado (a) con cedula No**.51.997.599,** quien manifiesta, bajo la gravedad de juramento que se entiende presentado con la ejecución del presente documento, que no se encuentra incurso (a) en las causales de inhabilidad, incompatibilidad y conflicto de intereses establecidas en la Constitución Política de Colombia y en la Ley para contratar, quien en adelante se denominará **CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar la presente **MODIFICACIÓN ADICIÓN Y PROROGA**, previas las siguientes consideraciones: **1.-)** Que entre las partes se celebró Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión No**. 1519 de 2018,** cuyo objeto es **" Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area Asistencial dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.",** con fecha de inicio **01 de febrero de 2018. 2.-)** Que el plazo de ejecución y/o el valor o saldo por ejecutar del contrato en mención se encuentran vigentes, con un valor inicial de **TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE ($ 3.755.340,oo) 3.-)** Que el presente contrato ha tenido **5** adición(es), por un valor total en adiciones de **SEIS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS PESOS M/CTE ($6.258.900,oo)** en estado de ejecución al día 30 de septiembre de 2018 **4.-)** Que existe solicitud del Supervisor del contrato mediante la cual justifica el requerimiento de adicionar en valor y prorrogar el plazo del contrato, sumado a la necesidad de dar cumplimiento a los planes institucionales y necesidades del servicio. **5)** Que en cumplimiento de Decreto 1273 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección social se dio lineamiento institucional para la implementación del mismo razón por la cual se requiere modificar las condiciones contractuales clausula SEGUNDA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA, ítem b) Generales numeral 7. **6.-)** Que la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, es una entidad que se rige por el derecho privado de conformidad con el artículo No. 195 de la Ley 100 del 23 de Diciembre de 1993 y mediante Acuerdo No. 37 de 2017 por el cual se expidió el Estatuto de Contratación y Resolución 754 de 2017 Manual de Contratación, en los cuales se establece que los contratos de apoyo a la gestión que suscriba la entidad podrán adicionarse cuantas veces sea necesario, dentro de la misma vigencia fiscal, siempre y cuando el objeto del Contrato no sea modificado. Teniendo en cuenta que para la vigencia 2018 la entidad comenzó a implementar la plataforma del Sistema Electrónico de Contratación Pública - SECOP II para realizar sus contrataciones, frente a las adiciones y prorrogas se evidenció que ésta plataforma no permite adicionar más del 50% del valor del contrato inicial, situación reportada a Colombia Compra Eficiente a través de chat en línea, correo electrónico y de PQRD 4201814000001952, con respuesta recibida el 22-03-2018 No. Radicado: 2201813000002257. **7.-)** Que en atención a lo expuesto, a la normatividad que regula a ésta E.S.E., a las respuestas de Colombia Compra Eficiente y a la necesidad de dar cumplimiento a la misión y visión de la entidad al igual que la necesidad de los servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión asistencial y administrativa para dar respuesta a la comunidad del distrito, se procede a realizar la presente adición y prorroga a través de modificación al contrato electrónico. **8.-)** Que como consecuencia de lo anterior, es procedente la celebración de la presente **Modificación Adición y prórroga**, la cual se regirá por las siguientes condiciones: **CLÁUSULA PRIMERA:** Adicionar al valor del contrato el monto de **UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA Y UNO MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE ($1.251.780,oo)** el cual será cancelado al contratista en las mismas condiciones que el contrato principal, supeditado al Programa Anual de Caja (PAC) mensualizado. **Parágrafo:** Para todos los efectos legales y fiscales el total del contrato quedará en la suma de **ONCE MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL VEINTE PESOS M/CTE ($11.266.020,oo) CLÁUSULA SEGUNDA:** El valor de la presente adición se respalda con el **C.D.P No. 1598 del 28 de septiembre de 2018,** Código Rubro **- 32-10-30-50-1,** nombre rubro: **CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES,** expedido por el responsable del presupuesto del área Financiera. **CLÁUSULA TERCERA:** Prorrogar el plazo de ejecución hasta el día **31 de octubre de 2018. CLÁUSULA CUARTA:** las partes acuerdan modificar el **numeral 7** ítem b) Generales de la clausula SEGUNDA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA, la cual quedara así "*7. Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los tiempos establecidos para tal fin. El incumplimiento de esta obligación o la falsedad en la misma será causal de terminación del contrato*"**. CLÁUSULA QUINTA:** Todas las condiciones y estipulaciones no modificadas por el presente acto permanecen vigentes y se hacen exigibles.

La presente Adición y Prorroga se perfecciona con su registro electrónico en la plataforma.

Labf

ADICIÓN Y PRÓRROGA AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTION Nº 1519 de 2018

Entre **VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 30.772.851 expedida en Turbaco (Bolívar), en calidad de GERENTE y como tal nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 161 del 05 de Abril de 2017 obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E,** de conformidad con el Estatuto de Contratación de la Subred, quien en adelante se denomina el **CONTRATANTE**, por una parte y por la otra, **MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO** mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado (a) con cedula No**.51.997.599,** quien manifiesta, bajo la gravedad de juramento que se entiende presentado con la ejecución del presente documento, que no se encuentra incurso (a) en las causales de inhabilidad, incompatibilidad y conflicto de intereses establecidas en la Constitución Política de Colombia y en la Ley para contratar, quien en adelante se denominará **CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar la presente **ADICIÓN Y PROROGA**, previas las siguientes consideraciones: **1.-)** Que entre las partes se celebró Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión No**. 1519 de 2018,** cuyo objeto es **" Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area Asistencial dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.",** con fecha de inicio **01 de febrero de 2018. 2.-)** Que el plazo de ejecución y/o el valor o saldo por ejecutar del contrato en mención se encuentran vigentes, con fecha de terminación inicial el día **30 de abril de 2018** y un valor inicial de **TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE ($ 3.755.340,oo) 3.-)** Que el presente contrato ha tenido **4** adición(es), por un valor total en adiciones de **CINCO MILLONES SIETE MIL CIENTO VEINTE PESOS M/CTE ($5.007.120,oo)** el cual se encuentra en ejecución **4.-)** Que existe solicitud del Supervisor del contrato mediante la cual justifica el requerimiento de adicionar en valor y prorrogar el plazo del contrato, sumado a la necesidad de dar cumplimiento a los planes institucionales y necesidades del servicio. **5.-)** Que la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, es una entidad que se rige por el derecho privado de conformidad con el artículo No. 195 de la Ley 100 del 23 de Diciembre de 1993 y mediante Acuerdo No. 37 de 2017 por el cual se expidió el Estatuto de Contratación y Resolución 754 de 2017 Manual de Contratación, en los cuales se establece que los contratos de apoyo a la gestión que suscriba la entidad podrán adicionarse cuantas veces sea necesario, dentro de la misma vigencia fiscal, siempre y cuando el objeto del Contrato no sea modificado. Teniendo en cuenta que para la vigencia 2018 la entidad comenzó a implementar la plataforma del Sistema Electrónico de Contratación Pública - SECOP II para realizar sus contrataciones, frente a las adiciones y prorrogas se evidenció que ésta plataforma no permite adicionar más del 50% del valor del contrato inicial, situación reportada a Colombia Compra Eficiente a través de chat en línea, correo electrónico y de PQRD 4201814000001952, con respuesta recibida el 22-03-2018 No. Radicado: 2201813000002257. **6.-)** Que en atención a lo expuesto, a la normatividad que regula a ésta E.S.E., a las respuestas de Colombia Compra Eficiente y a la necesidad de dar cumplimiento a la misión y visión de la entidad al igual que la necesidad de los servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión asistencial y administrativa para dar respuesta a la comunidad del distrito, se procede a realizar la presente adición y prorroga a través de modificación al contrato electrónico. **7.-)** Que como consecuencia de lo anterior, es procedente la celebración de la presente **Adición y prórroga**, la cual se regirá por las siguientes condiciones: **CLÁUSULA PRIMERA:** Adicionar al valor del contrato el monto de **UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA Y UNO MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE ($1.251.780,oo)** el cual será cancelado al contratista en las mismas condiciones que el contrato principal, supeditado al Programa Anual de Caja (PAC) mensualizado. **Parágrafo:** Para todos los efectos legales y fiscales el total del contrato quedará en la suma de **DIEZ MILLONES CATORCE MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE ($10.014.240,oo) CLÁUSULA SEGUNDA:** El valor de la presente adición se respalda con el **C.D.P No. 1433 del 30 de agosto de 2018,** Código Rubro **- 32-10-30-50-1,** nombre rubro: **CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES,**expedido por el responsable del presupuesto del área Financiera. **CLÁUSULA TERCERA:** Prorrogar el plazo de ejecución hasta el día **30 de septiembre de 2018. CLÁUSULA CUARTA:** Todas las condiciones y estipulaciones no modificadas por el presente acto permanecen vigentes y se hacen exigibles.

La presente Adición y Prorroga se perfecciona con su registro electrónico en la plataforma.

Labf

PRORROGA AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTION Nº 1519 de 2018

Entre **VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 30.772.851 expedida en Turbaco (Bolívar), en calidad de GERENTE y como tal nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 161 del 05 de Abril de 2017 obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E,** de conformidad con el Estatuto de Contratación de la Subred, quien en adelante se denomina el **CONTRATANTE**, por una parte y por la otra, **MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO** mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado (a) con cedula No**.51.997.599,** quien manifiesta, bajo la gravedad de juramento que se entiende presentado con la ejecución del presente documento, que no se encuentra incurso (a) en las causales de inhabilidad, incompatibilidad y conflicto de intereses establecidas en la Constitución Política de Colombia y en la Ley para contratar, quien en adelante se denominará **CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar la presente prórroga, previas las siguientes consideraciones: **1.-)** Que entre las partes se celebró Contrato de Prestación de Servicios profesionales de apoyo a la gestión No**. 1519** de **2018,** cuyo objeto es **" Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area Asistencial dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.",** con fecha de inicio **01 de febrero de 2018.** y un valor inicial de **TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE ($ 3.755.340,oo) 2.-)** Que el plazo de ejecución y/o el valor o saldo por ejecutar del contrato en mención se encuentran vigentes, con fecha de terminación el **30 de noviembre de 2018 3.-)** Que el presente contrato ha tenido **7** adición(es), por un valor total en adiciones de **OCHO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE ($ 8.762.460),oo** para un valor total a la fecha de **DOCE MILLONES QUINIENTOS DIEZ Y SIETE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE ($ 12.517.800,oo) 4)** Que en cumplimiento de la misión, visión y objetivos institucionales frente a la prestación de servicios asistenciales a la comunidad de las localidades de Bosa, Fontibón, Kennedy, Puente Aranda y demás usuarios de la Subred Sur Occidente, quienes gozan de la protección del Derecho Fundamental a la Vida en conexión con la Salud, de conformidad a lo establecido en la Constitución Política de Colombia, razones por la cuales se realizó solicitud el 22 de noviembre de 2018 para aprobación de adición presupuestal ante CONFIS Distrital previo concepto favorable de la Junta Directiva, dicha adición se realizará por la entidad competente en el mes de diciembre de 2018 según lo reportado por la Dirección Financiera. **5.-)** Que conforme al principio de planeación de la contratación se realizó cronograma para presentación de requerimiento de adición y prorroga a los contratos de prestación de servicios en ejecución, por lo cual existe solicitud del Supervisor del contrato mediante la cual justifica el requerimiento de **prorrogar** el plazo de ejecución y adicionar el valor del contrato, sumado a la necesidad de dar cumplimiento a los planes institucionales y necesidades del servicio. **6.-)** Que en atención a lo expuesto en los ítem 4 y 5 mediante la presente modificación al contrato se da respuesta a la prórroga solicitada por el supervisor en espera de realizar la adicion correspondiente posterior a la aprobación de la adición presupuestal por el CONFIS Distrital**. 7.-)** Que la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, es una entidad que se rige por el derecho privado de conformidad con el artículo No. 195 de la Ley 100 del 23 de Diciembre de 1993 y mediante Acuerdo No. 37 de 2017 por el cual se expidió el Estatuto de Contratación y Resolución 754 de 2017 Manual de Contratación, en los cuales se establece que los contratos de apoyo a la gestión que suscriba la entidad podrán adicionarse cuantas veces sea necesario, dentro de la misma vigencia fiscal, siempre y cuando el objeto del Contrato no sea modificado. Teniendo en cuenta que para la vigencia 2018 la entidad comenzó a implementar la plataforma del Sistema Electrónico de Contratación Pública - SECOP II para realizar sus contrataciones, frente a las adiciones y prorrogas se evidenció que ésta plataforma no permite adicionar más del 50% del valor del contrato inicial, situación reportada a Colombia Compra Eficiente a través de chat en línea, correo electrónico y de PQRD 4201814000001952, con respuesta recibida el 22-03-2018 No. Radicado: 2201813000002257. **8.-)** Que en atención a lo expuesto, a la normatividad que regula a ésta E.S.E., a las respuestas de Colombia Compra Eficiente y a la necesidad de dar cumplimiento a la misión y visión de la entidad al igual que la necesidad de los servicios profesionales de apoyo a la gestión asistencial y administrativa para dar respuesta a la comunidad del distrito, se procede a realizar la presente adición y a través de modificación al contrato electrónico. **9.-)** Que como consecuencia de lo anterior, es procedente la celebración de la presente **prorroga**, la cual se regirá por las siguientes condiciones: **CLÁUSULA PRIMERA: P**rorrogar el plazo de ejecución hasta el día ***15 de enero de 2019*** el cual se regirá en las mismas condiciones que el contrato principal. **CLÁUSULA SEGUNDA:** las partes acuerdan conforme a lo expuesto en las consideraciones adicionar el valor del contrato una vez se cuente con la aprobación de adición presupuestal por parte del CONFIS Distrital**. CLÁUSULA TERCERA:** Todas las condiciones y estipulaciones no modificadas por el presente acto permanecen vigentes y se hacen exigibles.

La presente Adición y Prorroga se perfecciona con su registro electrónico (modificación) en la plataforma.

Zimbra: **ops@subredsuroccidente.gov.co**

Fwd: SUSPENSIONM DE CONTRATO

De : Nutricion Subred Sur Occidente <nutricion@subredsuroccidente.gov.co> mié, 05 de dic de 2018 07:58

Asunto : Fwd: SUSPENSIONM DE CONTRATO

Para : OPS Subred Sur Occidente <ops@subredsuroccidente.gov.co>

De: "Nutricion Subred Sur Occidente" <nutricion@subredsuroccidente.gov.co>
Para: "OPS Subred Sur Occidente" <ops@subredsuroccidente.gov.co>
Enviados: Miércoles, 5 de Diciembre 2018 7:54:38
Asunto: SUSPENSIONM DE CONTRATO

Buenos días,

Solicito suspensión temporal del contrato # 1519 A nombre de la señora MARTHA LUCIA CHOACHI COLORADO, identificada con cedula de ciudadania numero 51997599 , partir del 1 de diciembre hasta el 14 de diciembre de 2018

Nota: a la fecha la auxiliar no ha presentado incapacidad ni carta para suspensión; sollo lo ha solicitado de manera verbal comentando que se encuentra muy enferma

Cordialmente,

VIVIANA TEJERA PALACIO
Supervisora

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL

TRIBUNAL AMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA
SECCIÓN SEGUNDA - SUBSECCIÓN E
Carrera 57 No. 43 – 91 Piso 1
Único correo electrónico: rmemorialessec02setadmcun@cendoj.ramajudicial.gov.co

TRASLADO DE PRUEBAS

RADICACIÓN: **11001-33-35-028-2018-00596-01**
MEDIO DE CONTROL: **NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO**
DEMANDANTE: **LUIS ALFREDO ROJAS**
DEMANDADO: **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR NORTE E.S.E.**

Teniendo en cuenta lo establecido en el auto de fecha 14 de agosto de 2023 que ordena correr traslado a las partes de las pruebas aportadas, se da traslado por el término de tres (3) días en un lugar visible esta Secretaría de la Subsección E y en la página web de la Rama Judicial. www.ramajudicial.gov.co. Igualmente se envía mensaje de datos a los correos electrónicos correspondientes.

EMPIEZA TRASLADO: **23 DE AGOSTO DE 2023, a las 8:00 a.m.**
VENCE TRASLADO: **25 DE AGOSTO DE 2023, a las 5:00 p.m.**

DEICY JOHANNA IMBACHI OME
Oficial Mayor
Subsección E

Elaboró: J.J.R.C.
Revisó: Deicy I.

COMUNICA ACTUACION PROCESAL RAD 2018-00596-01

Secretaría Sección 02 SubSección 05 Tribunal Administrativo - Cundinamarca <scs02sb05tadmincdm01@notificacionesrj.gov.co>

Jue 17/08/2023 11:36 AM

Para:Recepción Memoriales Sección 02 SubSección E Tribunal Administrativo - Cundinamarca <rmemorialessec02setadmcun@cendoj.ramajudicial.gov.co>

4 archivos adjuntos (9 MB)

11001333502820180059601_40_40_11001333502820180059601 1AUTOORDENAREI20230814083705_TA133365040153484022.pdf; 2014.pdf; 2015.pdf; 2016.pdf;

De: *XIMENA Quintero <ximena.subrednorte@gmail.com>*
Enviado: jueves, 17 de agosto de 2023 11:27 a. m.
Para: Secretaría Sección 02 SubSección 05 Tribunal Administrativo - Cundinamarca <scs02sb05tadmincdm01@notificacionesrj.gov.co>
Asunto: Fwd: COMUNICA ACTUACION PROCESAL RAD 2018-00596-01

Buen dia realizando trámite al auto de la referencia ,queremos aclarar a este tribunal que aunque hemos tenido toda la disposición de aportar la información solicitada , la entidada no está obligada a lo imposible por ende lo registrado a nivel de archivo central en el expediente es lo que se aporta sin embargo para dejar trazabilidad que no se está mintiendo se anexa el expediente solicitado y de donde se extrajo la información ya allegada.

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Este correo electrónico contiene información de la Rama Judicial de Colombia. Si no es el destinatario de este correo y lo recibió por error comuníquelo de inmediato, respondiendo al remitente y eliminando cualquier copia que pueda tener del mismo. Si no es el destinatario, no podrá usar su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si es el destinatario, le corresponde mantener reserva en general sobre la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita. Antes de imprimir este correo, considere si es realmente necesario hacerlo, recuerde que puede guardarlo como un archivo digital.

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión:	

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALFREDO ROJAS. **No. CONTRATO 1300-2016**

CÉDULA DE CIUDADANIA No. 17.445.827 **CENTRO DE COSTO:** R09A

OBJETO DEL CONTRATO: MENSAJERIA EN MOTO.

DURACIÓN DEL CONTRATO: 3 MESES **TOTAL HORAS CONTRATADAS:**

FECHA INICIO: AA 2016 **MES 02 DÍA** 01 **FECHA TERMINACIÓN: AA** 2016 **MES 04 DÍA 30**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 4´284.000 **VALOR EN EL MES:** $ 1.428.000

PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01 al 31 MARZO de 2016. **TOTAL HORAS EN EL MES:**

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Entrega de correspondencia externa a diferentes entidades en zona Sur de la Ciudad	X		
2	Entrega de carpetas a miembros de junta directiva	X		
3				
4				
5				
6				
7				

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA	TOTAL X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C.C. 17.445.827

BEATRIZ MORENO BENAVIDES
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
C.C. **35.499.501 de Suba**

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN: MARZO 22 DE 2.016

F

DETALLE PLANILLA
OPERADOR DE INFORMACIÓN

Razón social: ROJAS LUIS ALFREDO **Identificación:** CC-17445827 **Código dependencia o sucursal:** 0 **Nombre dependencia o sucursal:** 0 **Fecha de generación del reporte:** 2016-03-22 **Fecha limite de pago:** 2016-03-22 **Fecha de pago:** 2016-03-22 **Pagada por:** AvVillas **Período pensión:** 2016-03 **Período salud:** 2016-03 **Referencia de pago (PIN): 8672695342** **Tipo de planilla:** I **Clase de planilla:** Normal **Número de la planilla:** 8671440791	**Pagada**

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO DE AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR	SELECCIONAR TODOS | SELECCIONAR NINGUNO
230301	800224808	PORVENIR	1	$1,600	$110,313	$111,913	☑
EPS005	800251440	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	1	$1,300	$86,200	$87,500	☑
GRAN TOTAL				$2,900	$196,513	$199,413	

[redacted]

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión:	

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALFREDO ROJAS.	**No. CONTRATO 1300-2016**
CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 17.445.827	**CENTRO DE COSTO:** R09A
OBJETO DEL CONTRATO: MENSAJERÍA EN MOTO.	
DURACIÓN DEL CONTRATO: 5 MESES	**TOTAL HORAS CONTRATADAS:**
FECHA INICIO: AA 2016 **MES 02 DÍA** 01	**FECHA TERMINACIÓN: AA** 2016 **MES 06 DÍA 30**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 7´140.000	**VALOR EN EL MES:** $ 1.428.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01 al 31 de MAYO de 2016.	**TOTAL HORAS EN EL MES:**

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIÓ		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Entrega de correspondencia externa a diferentes entidades en zona Sur de la Ciudad	X		
2	Traslado entre Hospitales de medicamentos y/o materiales médicos en calidad de préstamo	X		
3	Trámites de Pagos y/o Consignaciones bancarias	X		
4				
5				
6				
7				

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C.C. 17.445.827 de Bogotá

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN: MAYO 20 DE 2.016

BEATRIZ MORENO BENAVIDES
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
C.C. **35.499.501 de Suba**

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2016-05-19
FECHA LIMITE DE PAGO:	2016-05-19
FECHA DE PAGO:	2016-05-19
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2016-05
PERIODO SALUD:	2016-05
NUMERO PLANILLA:	8668369650
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8672695342
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.000	$ 86.200	$ 87.200
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.300	$ 110.313	$ 111.613
			Total a pagar	$ 2.300	$ 196.513	$ 198.813

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número de Planilla (PIN): 8672695342

Número de Identificación Aportante: 17445827

Valor a Pagar $: 199.513

AVV 039 20160518 16:56 SC 474 LINEA A
VR PAGADO: 198,813.00
NOMBRE:ASOPAGOS 0
CLAVE:8672695342
ID:17445827
Fecha Aplicación:20160519 PIN:165614
Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

F-06-124-2

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ÉSTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSÉRVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

dispapeles 88569

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 1300 - 2016

SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR E.S.E Y ROJAS LUIS ALFREDO

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO MENSAJERO CON MOTO PARA EL ÁREA DE CORRESPONDENCIA

FECHA DE INICIO: 01 DE FEBRERO DE 2016

PLAZO DE EJECUCION: 30 DE ABRIL DE 2016

VALOR CONTRATO: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL PESOS M/TE. ($4284000)

En Bogotá, a los 01 días del mes de febrero, se reunieron los abajo firmantes, con el fin de suscribir el **ACTA DE INICIO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS** No. 1300 - 2016, celebrado entre las partes con el fin de dejar constancia que el día de hoy se da inicio a la ejecución del objeto contractual por parte del contratista y que según el plazo señalado en el contrato la ejecución deberá concluirse antes del 30 de abril de 2016.

La presente acta forma parte del contrato por lo cual se anexará al expediente del mismo.

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta, por los que en ella intervienen, en Bogotá D.C.,

SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

EL CONTRATISTA

CLASE DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS
CONTRATO: AdAG– 1300 – 2016
CONTRATISTA: ROJAS LUIS ALFREDO Cédula No. 17445827
PLAZO EJECUCIÓN: HASTA EL 30 DE ABRIL DE 2016, CONTADOS A PARTIR DEL ACTA DE INICIO DEL CONTRATO
VALOR: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE ($ 4284000)

Entre los suscritos a saber, **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No.51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución No. 0165 del 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012 bajo el acta No. 2025 en el ejercicio del Cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., con Nit No. 800196433-9, categoría especial de Entidad Pública descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el proveedor de servicios y celebrar contratos de prestación de servicios de apoyo a la gestión de servicios técnicos y profesionales que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E, según resolución No.0171 de fecha 18 de mayo de 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina **EL HOSPITAL**, por una parte y por la otra **ROJAS LUIS ALFREDO** Mayor de edad y vecino (a) de esta ciudad, identificado (a) con cédula número **17445827** quien actúa en su propio nombre y representación y para los efectos legales se denominará **EL CONTRATISTA;** hemos convenido celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. AdAG – 1300 – 2016** a través de la modalidad de **CONTRATACIÓN DIRECTA** con cargo a la disponibilidad presupuestal **No.** 249, el cual se rige por las disposiciones de derecho privado, consagrados en el numeral 6° del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio, y en el Código Civil en lo que tiene que ver con la materia y las demás normas concordantes y/o complementarias, y en especial por las cláusulas que a continuación se establecen, previa las siguientes **CONSIDERACIONES: 1)** Que el Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E., para la correcta prestación del servicio de salud, requiere contratar los servicios profesionales referenciados, según justificación de la necesidad descrita en la requisición del área. **2)** Que en la planta de personal del Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E., no se cuenta con personal suficiente para atender las actividades cuya ejecución se plasma en éste contrato, circunstancia de la que se deja constancia en el expediente del contrato en cumplimiento de lo prescrito por el artículo 32 de la Ley 80 de 1.993. **3)** Que el presente contrato se celebra con **EL CONTRATISTA**, considerando su experiencia e idoneidad para cumplir las obligaciones contractuales y el objeto del contrato, de lo que se deja constancia en el expediente contractual. Por lo anterior, las partes acuerdan: **CLAUSULA PRIMERA.- OBJETO**: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO MENSAJERO CON MOTO PARA EL ÁREA DE CORRESPONDENCIA. CLAUSULA SEGUNDA.- ACTIVIDADES O EVENTOS**: **1) Entrega de correspondencia de los comunicados oficiales generados por las áreas de la institución a las diferentes entes ya sea en zona norte o zona sur de la ciudad de Bogotá. 2) Reclamo, traslado y entrega de injertos al hospital. 3) Pagos, consignaciones y solicitud de chequeras bancarias. 4) Entrega de carpetas de junta a tiempo y en sus residencias. 5) Entrega y traslado de medicamentos entre hospitales y/o laboratorios. 6) Autenticaciones notariales. 7) Reclamo y entrega de registros civiles ante la notaria 69, reclamo y entrega de formatos de nacido vivo y defunción ante la secretaría de salud. 8) Las demás actividades que se requieran para el cabal cumplimiento del objeto contractual. CLAUSULA TERCERA.- OBLIGACIONES DE LAS PARTES**: **1) Del Contratista: a)** Cumplir las actividades o eventos propios del objeto contractual en ejecución. **b)** Responder por los bienes y/o elementos entregados a su cargo, velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la Institución y demás equipos y elementos de propiedad del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades, so pena de responder como contratista por el daño o pérdida de los implementos utilizados, ya sea en reposición o al precio comercial del bien, descuento que autoriza a efectuar de los honorarios por percibir, autorización que se entiende expresa y escrita por cada caso en particular. **c)** Atender de manera oportuna y eficaz, los llamados y requerimientos realizados por EL HOSPITAL, cuando se presenten situaciones que así lo ameriten. **d)** Presentar oportunamente y en forma periódica los informes que se requieran en cumplimiento del objeto contratado. **e)** Cumplir con el pago de la seguridad social de acuerdo con las normas legales vigentes. **f)** Portar en lugar visible, el carné que lo identifica como Contratista del HOSPITAL. **g)** Dar cumplimiento a las directrices impartidas por la entidad respecto al MECI gestión integral de calidad. **h)** Custodiar y cuidar la documentación que por razón de su actividad conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso, sin que pueda reproducirla, divulgarla o publicarla en cualquier medio. **i)** Cobrar oportunamente los honorarios que se generen en ejecución de este contrato. **j)** Asistir a los comités y/o reuniones convocadas por cualquier dependencia de la entidad, cuyo tema a tratar tenga incidencia directa con el objeto del contrato en ejecución que permita su cumplimiento y/o la buena gestión del servicio. **k)** Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o a la que tenga acceso y responderá patrimonialmente por los perjuicios que su divulgación y/o utilización indebida por sí o

por un tercero, cause a la administración o a terceros. **l)** Firmar el contrato y sus respectivas prórrogas y/o adiciones, previa notificación del supervisor por parte del Grupo Funcional de Contratación. **m)** Suscribir las respectivas pólizas, si así se requiere. **n)** Dar por terminado su contrato de prestación de servicios conforme al procedimiento establecido por EL HOSPITAL, para tal evento. **ñ)** Notificar, avisar, advertir al Supervisor del Contrato sobre las situaciones o eventos que cambien el curso normal del contrato a efectos de evitar la suspensión o parálisis del servicio, esto es: suspensiones, reinicio de actividades, terminaciones unilaterales o bilaterales del contrato y las demás que se presenten. **o)** Cumplir con la programación del servicio según lo establezca la entidad. **p)** Asumir el incumplimiento u omisión que en desarrollo de sus actividades genere perjuicios económicos al HOSPITAL. Para el caso de glosas u objeciones definitivas, se evaluarán y determinarán en comité de glosas al interior del Hospital y serán comunicadas las decisiones al contratista, autorizando el descuento respectivo que se genere. **q)** El contratista deberá tomar todas las medidas adecuadas para evitar la contaminación ambiental, la prevención de riesgos durante la ejecución de sus operaciones o actividades y cumplirá con todas las leyes ambientales, aplicable. **2) Del Hospital: a)** Pagar la contraprestación pactada previa certificación del supervisor; de actividades. **b)** Suministrar información y el apoyo necesario para el desarrollo de las actividades del contrato. **c)** Poner a disposición del contratista los medios adecuados para el desarrollo del contrato. **d)** Verificar que el contratista cumpla con las obligaciones contractuales conforme a lo pactado a través del supervisor delegado para tal fin. **e)** Elaborar en la oportunidad señalada en el contrato, las actas de inicio, supervisión y proyectar la de liquidación y/o terminación del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO**:- Las partes de común acuerdo manifiestan que el Contratista estará afiliado a una Entidad Administradora de Riesgos Laborales ARL. **CLAUSULA CUARTA.- VALOR Y FORMA DE PAGO**: Para todos los efectos legales, el valor del contrato es la suma de **CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE ($ 4284000)**, pagaderos en mensualidades de **UN MILLÓN CUATROCIENTOS VEINTIOCHO MIL PESOS M/CTE ($ 1428000)** de acuerdo a la programación que establezca la Entidad para garantizar la debida prestación del servicio, que pagará EL HOSPITAL previa presentación de los informes periódicos y constancia de pago al sistema de seguridad social, de conformidad con la certificación de cumplimiento que para este efecto expida el supervisor. **CLAUSULA QUINTA.- DURACIÓN DEL CONTRATO:** El presente contrato se ejecutará hasta el 30 de abril de 2016, contado a partir de la fecha de su legalización, es decir una vez se registre en el presupuesto y se comprueben las garantías a las que haya lugar, fecha en la cual se suscribirá por EL CONTRATISTA, la respectiva acta de iniciación del contrato. **CLÁUSULA SEXTA.- LIQUIDACION**: Vencido el plazo de ejecución del presente contrato, el Grupo Funcional de Contratación, junto con el Supervisor del Contrato, procederán a preparar el acta de liquidación para la suscripción por las partes dentro del mes siguiente al vencimiento del término de ejecución, previsto en la cláusula cuarta de éste contrato, la liquidación se efectuará con sujeción a lo dispuesto por el artículo 60 de la Ley 80 de 1.993 y el artículo 11 de la Ley 1150 de 2.007. **CLAUSULA SÉPTIMA.- SUPERVISIÓN:** La supervisión del presente contrato será ejercida por el hospital, quien delega dicha facultad en **LÍDER CORRESPONDENCIA** quien se encargará de: **1)** Verificar que el contrato se cumpla en los términos establecidos. **2)** Informar al jefe oficina de contratación cualquier modificación a las condiciones o clausulas contenidas en este contrato. **3)** Informar al Jefe de la Oficina Asesora Jurídica cualquier incumplimiento en el que incurra el Contratista. **4)** Elaborar conforme a los formatos establecidos y en apoyo con la Oficina del Grupo Funcional de Contratación la suscripción de las actas de iniciación, de cumplimiento parcial y de terminación así como la proyección del acta de liquidación del contrato para la firma de las partes. **5)** Realizar los informes relacionados con la supervisión. **CLAUSULA OCTAVA.- CADUCIDAD: EL HOSPITAL**, podrá declarar la caducidad administrativa del presente contrato mediante Acto Administrativo motivado, en caso de que se presenten las circunstancias previstas en el artículo 18 de la Ley 80 de 1993; ésta declaratoria deberá estar precedida de verificaciones e informes concretos del supervisor que evidencien el perjuicio que se deriva para EL HOSPITAL del incumplimiento del contratista. **CLAUSULA NOVENA.- TERMINACIÓN, INTERPRETACIÓN Y MODIFICACIÓN UNILATERAL**: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 80 de 1.993, numeral 2º, inciso 2º, a éste contrato se aplicarán las cláusulas excepcionales de terminación, interpretación y modificación unilateral en los términos y por las causales que se consagran en los artículos 15, 16 y 17 de la citada Ley. **CLAUSULA DÉCIMA.- MULTAS:** La entidad contratante, por resolución motivada, impondrá multa al contratista correspondiente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato, en caso de mora o incumplimiento parcial de las obligaciones contractuales, mediante acto administrativo motivado previo requerimiento no acatado por el contratista. **CLAUSULA DECIMA PRIMERA.- PENAL PECUNIARIA**: En caso de incumplimiento definitivo de las obligaciones a cargo del contratista EL HOSPITAL, podrá hacer efectiva la cláusula penal pecuniaria en un monto equivalente al (10%) diez por ciento del valor total del contrato, como estimación anticipada y parcial de los perjuicios que se causen, sin perjuicio de que EL HOSPITAL pueda solicitar al contratista la totalidad del valor de los perjuicios causados en lo que exceda del valor de la cláusula penal pecuniaria. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA.- CLAUSULA COMPROMISORIA**: En caso de presentarse desavenencias y controversias durante la ejecución de este contrato, al igual que de su interpretación, se recurrirá en primera instancia al arreglo directo entre las partes, de no encontrarse solución a las diferencias se acudirá a los trámites prejudiciales contenidos en las normas vigentes y ante los organismos competentes. Requisitos de procedimiento que se deberán agotar previamente por las partes antes de acudir a la justicia ordinaria. **CLAUSULA DECIMA TERCERA.- CESIÓN**: El Contratista no podrá ceder en todo o en parte el presente contrato sin la previa autorización escrita del

HOSPITAL. **CLAUSULA DECIMA CUARTA. - AUTONOMÍA DEL CONTRATISTA**: Por tratarse de un contrato de prestación de servicios profesionales regido por las disposiciones legales privadas, además por las estipuladas en Ley 80 de 1993 y la Ley 1150 de 2.007, EL CONTRATISTA actuará con total autonomía, técnica y administrativa en el cumplimiento de las obligaciones que asume por el presente contrato y, en consecuencia, no contrae relación laboral alguna con EL HOSPITAL, razón por la cual, la única obligación de contraprestación económica DEL HOSPITAL para el Contratista, es la pactada en éste contrato. **CLAUSULA DECIMA QUINTA.- INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** EL CONTRATISTA, declara bajo la gravedad del juramento, el que se entiende prestado con la suscripción del contrato, que no se encuentra incurso en ninguna causal de inhabilidad o incompatibilidad prevista en la Constitución o en la Ley, especialmente la Ley 80 de 1.993, para celebrar éste contrato. **CLAUSULA DÉCIMA SEXTA.- DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE DEL CONTRATO:** Hacen parte integral del presente contrato, los siguientes documentos: **1)** Requisición por parte de la dependencia que tiene la necesidad. **2)** Certificados de Disponibilidad y Registro Presupuestal. **3)** Formato Único Hoja de Vida persona natural debidamente diligenciada por el CONTRATISTA. **4)** Certificado de antecedentes judiciales, disciplinarios y fiscales. **5)** Certificado o constancia que acredite que el CONTRATISTA se encuentra afiliado al sistema de seguridad social integral (salud y pensión y/o autoliquidaciones mensuales). **6)** Acta de inicio de contrato. **7)** Hacen igualmente parte de este instrumento, todos los documentos de supervisión e informes sobre la gestión contractual que se produzcan a lo largo del término del contrato. **CLAUSULA DÉCIMA SÉPTIMA.- RÉGIMEN APLICABLE:** Este contrato se regirá por las cláusulas en él establecidas y en lo señalado en el numeral 6° del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio y las normas que regulan la materia en el Código Civil. **CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA.- PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION**: El presente contrato se entenderá perfeccionado con la firma de las partes contratantes, sólo podrá iniciar su ejecución una vez legalizado con la aprobación de la garantía otorgada, si así aplica, a favor del HOSPITAL y con el correspondiente registro presupuestal.

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los 01 días del mes de febrero de 2016.

EL HOSPITAL.

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativo

Elaboró: Lady Correal Dávila
Revisó: Marly Rocio Castellanos Sánchez

EL CONTRATISTA

ROJAS LUIS ALFREDO
Cédula No. 17445827

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Febrero 01 de 2016 CRP. No. **1742**

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2016 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: R09A GESTION DOCUMENTAL Y ARCH

CODIGO RUBRO.....: **1141114311020000000000004001**
CODIGO PRESUPUESTAL.....: **311020401**
NOMBRE RUBRO.....: **REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS HSB**

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 249

LA SUMA INICIAL DE : **4,284,000.00**
CON UN REINTEGRO DE : **.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE : **4,284,000.00**
CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: MENSAJERO CON MOTO OPS 1300.16
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 1300.16
A NOMBRE DE: **ROJAS LUIS ALFREDO**
C.C. o NIT : **17445827**
OBJETO : MENSAJERO CON MOTO OPS 1300.16
ROJAS LUIS ALFREDO

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 1 DIAS DEL
MES DE Febrero DE 2016.

MARTHA CECILIA MORA ORTEGA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE DE MANEJO PRESUPUESTAL

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Febrero 01 de 2016 CDP. No. 249

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

QUE EN LA FECHA LOS REGISTROS DE EJECUCION PRESUPUESTAL MUESTRAN EL SIGUIENTE SALDO DE APROPIACION:

DEPENDENCIA : T05A JURIDICA Y CONTRATACION

CODIGO RUBRO.....: **1141114311020000000000004001**
CODIGO PRESUPUESTAL.....: **311020401**
NOMBRE RUBRO.....: **REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS HSB**

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 416,267,333.00
PRESUPUESTO DISPONIBLE : 884,251,667.00
LDO DE APROPIACION : 1,300,519,000.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: VIVIANA FERNANDA MENESES ROMER.
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO.
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:
CONTRATACION DE DERSONAL ADMINISTRATIVO HSB

POR UN VALOR INICIAL DE : **733,605,250.00**
CON UN VALOR REINTEGRADO DE : **.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE : **733,605,250.00**
SETECIENTOS TREINTA Y TRES MILLONES SEISCIENTOS CINCO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 416,267,333.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
SPONIBILIDAD NETA : 150,646,417.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (90) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICION.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

ORIGINAL Fec-Imp: 2016/02/08 Hor-Imp: 08:57:46 Usu-Imp: admpre Ter: presup3 AAAA/MM: 2016-02 Dep: T05A cppcdi 4.1.3

actividades **3**) Designar al supervisor del contrato de prestación de servicios. **PARÁGRAFO PRIMERO**: Las partes de común acuerdo manifiestan que el contratista estará afiliado a una Entidad Administradora de Riesgos Laborales (ARL). **CLÁUSULA QUINTA- VALOR DEL CONTRATO:** El presente contrato de prestación de servicios tendrá un valor por concepto de honorarios de **UN MILLÓN TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE. ($1365000) CLÁUSULA SEXTA - FORMA DE PAGO E IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL:** LA SUBRED NORTE cancelará los honorarios del presente contrato mes vencido de acuerdo a las actividades desarrolladas, para lo cual el supervisor del contrato expedirá certificación de cumplimiento de las mismas y **El CONTRATISTA** deberá presentar copia de los comprobantes de pago a salud, pensión según la Ley. **PARÁGRAFO PRIMERO:** Los pagos se harán con cargo al presupuesto asignado a la vigencia fiscal del año dos mil dieciséis (2016), de conformidad con el certificado de disponibilidad presupuestal No. 3179 del 30 de junio de 2016 del rubro Contratación Servicios Asistenciales Generales - Código 321030501. **PARÁGRAFO SEGUNDO: El CONTRATISTA** responderá por el valor de la glosa que se genere por su culpa y/o responsabilidad, como consecuencia de las actividades contratadas y realizadas, la cual será descontada a favor de LA SUBRED NORTE sobre los honorarios y/o cualquier cuenta o saldo que exista a favor del **CONTRATISTA** al momento en que sea determinada por la auditoria interna, del Fondo Financiero Distrital de Salud y/o demás pagadores de LA SUBRED NORTE, en caso de ser insuficiente el saldo, este se compromete a pagar el excedente por este concepto. **CLÁUSULA SÉPTIMA - EXENCIÓN DE PAGO DE PRESTACIONES SOCIALES:** Este contrato no genera vínculo laboral alguno entre **LA SUBRED NORTE** y **El CONTRATISTA**, solo tendrá derecho a lo pactado en la cláusula cuarta de este contrato. **CLÁUSULA OCTAVO - DURACIÓN:** La duración de la presente orden será hasta el 31 de julio de dos mil dieciséis (2016). **PARAGRAFO PRIMERO:** Por razones de fuerza mayor, caso fortuito o voluntad propia, se podrá suspender temporalmente la ejecución del contrato, mediante un acta en donde conste tal evento, sin que para los efectos del plazo extintivo se compute el tiempo de suspensión. **PARAGRAFO SEGUNDO:** El presente contrato podrá prorrogarse por acuerdo entre las partes con antelación a la fecha de su expiración **CLÁUSULA NOVENA - SUPERVISIÓN DEL CONTRATO:** La Supervisión del contrato la ejercerá **LIDER SERVICIO DE ENFERMERIA** quien se obliga a: **1)** Velar que se cumpla el objeto contractual, observando calidad, eficiencia y eficacia de los servicios contratados. **2)** Informar al área Jurídica respecto a los incumplimientos de las obligaciones contractuales. **3)** Realizar un seguimiento a la ejecución del contrato, atendiendo la finalidad del mismo. **4)** Requerir el cumplimiento de las obligaciones contractuales. **5)** Expedir constancia de cumplimiento de actividades y servicios prestados. **6)** Recomendar la suscripción de órdenes adicionales o modificatorias, motivadamente. **7)** En caso de requerir conceptos jurídicos especializados, lo hará saber a la Oficina Jurídica. **8)** Estudiar las situaciones particulares e imprevistas presentadas en desarrollo del contrato y conceptuar al respecto manteniendo el equilibrio contractual. **9)** Las demás actividades propias que redunden en el cumplimiento del contrato. **CLÁUSULA DÉCIMA - CESIÓN Y SUBCONTRATACIÓN: El CONTRATISTA** no podrá subcontratar ni ceder este contrato de prestación de servicios a persona alguna natural ni jurídica, sin autorización previa y escrita de LA SUBRED NORTE. **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA - INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES: El CONTRATISTA** manifiesta bajo la gravedad de juramento, no hallarse incurso (a) en alguna causal de inhabilidad, e incompatibilidad, o conflicto de intereses consignados en los términos de Ley para suscribir la presente orden, el cual se entenderá prestado además con la firma de la presente orden. **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA. - PERFECCIONAMIENTO:** Para el perfeccionamiento del presente contrato se requiere de la firma de las partes. **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA. EJECUCIÓN:** Para la ejecución del presente contrato se requiere la existencia del registro presupuestal correspondiente. **CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA. AUSENCIA DE RELACIÓN LABORAL:** Por el presente contrato **El CONTRATISTA** no adquiere vínculo laboral alguno con LA SUBRED NORTE, y es el único responsable de la prestación del servicio. En consecuencia y de conformidad con lo regulado para el efecto por la legislación civil, no tendrá derecho a reconocimiento de ningún otro emolumento distinto al pago del valor determinado como honorarios. **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - INDEMNIDAD: El CONTRATISTA** se obliga para con **LA SUBRED NORTE** a salir al saneamiento directo y responsable por cualquier reclamación laboral, civil, penal, de responsabilidad civil extracontractual, y todas aquellas que se puedan derivar de la ejecución del presente contrato de prestación de servicios, por tanto LA SUBRED NORTE queda exonerado de toda responsabilidad judicial o extrajudicial en la ejecución del presente contrato. **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: DOCUMENTOS:** Forman parte integral del presente contrato los documentos técnicos y legales presentados por el **CONTRATISTA** y los requeridos por LA SUBRED NORTE. **CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA. CADUCIDAD, INTERPRETACIÓN UNILATERAL, MODIFICACIÓN UNILATERAL Y TERMINACIÓN UNILATERAL:** Se regirán por los preceptos contemplados en los Artículos 15, 16,

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión:	

129

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALFREDO ROJAS.	**No. CONTRATO 1300-2016**
CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 17.445.827	**CENTRO DE COSTO:** R09A
OBJETO DEL CONTRATO: MENSAJERÍA EN MOTO.	
DURACIÓN DEL CONTRATO: 6 MESES	**TOTAL HORAS CONTRATADAS:**
FECHA INICIO: AA 2016 **MES 02 DÍA** 01	**FECHA TERMINACIÓN: AA** 2016 **MES 07 DÍA 31**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $8´568.000	**VALOR EN EL MES:** $ 1.428.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01 al 31 de julio de 2016.	**TOTAL HORAS EN EL MES:**

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIÓ		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Entrega de correspondencia externa a diferentes entidades en zona Sur de la Ciudad	X		
2	Traslado entre Hospitales de medicamentos y/o materiales médicos en calidad de préstamo	X		
3	Trámites de Pagos y/o Consignaciones bancarias	X		
4				
5				
6				
7				

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C.C. 17.445.827 de Bogotá

BEATRIZ MORENO BENAVIDES
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
C.C. **35.499.501 de Suba**

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN:Julio 31 DE 2.016

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2016-07-21
FECHA LIMITE DE PAGO:	2016-07-18
FECHA DE PAGO:	2016-07-18
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2016-07
PERIODO SALUD:	2016-07
NUMERO PLANILLA:	8665377222
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8672695342
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 800	$ 86.200	$ 87.000
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.100	$ 110.313	$ 111.413
		Total a pagar		$ 1.900	$ 196.513	$ 198.413

Copia

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: GTH-CT-FO-007	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar Subred Norte E.S.E
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 1	

NOMBRES Y APELLIDOS: **LUÍS ALFREDO ROJAS**	No. ORDEN: **147 - 2016**
CÉDULA DE CIUDADANIA No. **17´445.827 DE GUAMAL**	CENTRO DE COSTO:
OBJETO DE LA ORDEN: **MENSAJERIA EN MOTO**	
DURACIÓN DE LA ORDEN: **UN (1) MES**	TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica):
FECHA INICIO: AA **2016** MES **08** DÍA **01**	FECHA TERMINACIÓN: AA **2016** MES **08** DÍA **31**
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: **1´428.000**	VALOR A PAGAR EN EL MES: **1´428.000**
PERIODO DE SUPERVISIÓN: **01 A 31 AGOSTO 2016**	TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica):

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	ENTREGA CORRESPONDENCIA EXTERNA A DIFERENTES DESTINATARIOS EN LA ZONA SUR DE LA CIUDAD	X		
2	TRASLADO ENTRE HOSPITALES DE MEDICAMENTOS Y/O MATERIALES MÉDICOS EN CALIDAD DE PRÉSTAMO	X		
3	TRAMITES DE PAGOS Y/O CONSIGNACIONES BANCARIAS	X		
4				
5				
6				
7				

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C 17 445 827

DRA. LUISA FERNANDA CASTILLO
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
CC 42 H 3053

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN **AGOSTO 25 DE 2.016**

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2016-08-18
FECHA LIMITE DE PAGO:	2016-08-17
FECHA DE PAGO:	2016-08-17
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2016-08
PERIODO SALUD:	2016-08
NUMERO PLANILLA:	8663897009
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8672695342
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.000	$ 86.200	$ 87.200
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.300	$ 110.313	$ 111.613
		Total a pagar		$ 2.300	$ 196.513	$ 198.813

PAGADO

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2016-08-25
FECHA LIMITE DE PAGO:	2016-08-25
FECHA DE PAGO:	2016-08-25
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2016-08
PERIODO SALUD:	2016-08
NUMERO PLANILLA:	8663564692
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8663564692
TIPO DE PLANILLA:	N1

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 600	$ 30.000	$ 30.600
			Total a pagar	$ 600	$ 30.000	$ 30.600

PAGADO

17448827

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E	SOLICITUD DE OTROSI AL CONTRATO/OPS	CODIGO: AJ-F-03-01
		VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E ASESORIA JURIDICA	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA: 01/08/2016

Fecha de Solicitud: d/m/a	2016/11/04	Fecha de Recepción: d/m/a	

ADICIÓN [ ] **PRORROGA** [x] **OTRO (*)** [ ]

VALOR [ ] **TIEMPO** 25 DIAS

DATOS DEL SOLICITANTE

No Contrato OPS	3943	CONTRATISTA:	ROJAS LUIS ALFREDO

OBJETO: Prestar los servicios como **MENSAJERO**, Dar cumplimiento al Acuerdo 060 de 2001 del Consejo Directivo del Archivo General de la Nación, por el cual se establecen pautas para la administración de las comunicaciones en las entidades oficiales y privadas que cumplen funciones públicas, desarrollando los procesos de producción, recepción, radicación, distribución, seguimiento, conservación y consulta de los documentos en la Subred Norte E.S.E., Unidad Prestadora de Servicios de Salud Simon Bolivar

VALOR INICIAL	CDP	FECHA CDP	CRP	FECHA CRP
1,666,000.00	1540	2016/09/30	23885	2016/10/01

FECHA INICIO 2016/10/01 **FECHA TERMINACIÓN** 2016/11/05

*** DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN**

PRORROGAR (25) DIAS AL CONTRATO No 3943 DE 2016

JUSTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN

TENIENDO EN CUENTA QUE EL CONTRATO SE HA EJECUTADO EN UN 86% DEL VALOR TOTAL, SE REQUIERE PRORROGAR EL CONTRATO No 3943 DE 2016 CON EL FIN DE GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LAS NECESIDADES DEL SERVICIO DE **GESTION DOCUMENTAL**, COMO **MENSAJERO**

ADICIONES		VALOR ADICIONADO		CDP	FECHA CDP	CRP		FECHA CRP
Adición No 1		0						
Adición No 2		0						
Adición No 3		0						

PRORROGAS		TIEMPO PRORROGADO		REINTEGROS	VALOR REINTEGRADO
Prorroga No 1					
Prorroga No 2					
Prorroga No 3					

BALANCE FINANCIERO

VALOR. CONTRATADO	$	1,666,000.00
VALOR. EJECUTADO	$	1,428,000.00
TOTAL GLOSA		
SALDO CONTRATO	$	2,380,000.00
% EJECUCIÓN		86%

Firmas		Firma del responsable del área o centro de atención: LUISA FERNANDA CASTILLO RODRIGUEZ	
		VoBo. Subgerente Administrativo y Financiero y/o Servicios: DIANA ELIZABETH CARVAJAL MARTINEZ	
		Firma Gerente: YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ	

17.445.827

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	SOLICITUD DE OTROSI AL CONTRATO/OPS	CODIGO: AJ-F-03-01
		VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E ASESORIA JURIDICA	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA: 01/08/2016

Fecha de Solicitud: d/m/a	18/11/2016	Fecha de Recepción: d/m/a	

ADICIÓN [X] **PRORROGA** [ ] **OTRO (*)** [ ]

VALOR $ 1.190.000,00 **TIEMPO**

DATOS DEL SOLICITANTE

No Contrato OPS	3943	CONTRATISTA:	ROJAS LUIS ALFREDO CC: 17445827

OBJETO:	Prestar los servicios como **MENSAJERO**, Dar cumplimiento al Acuerdo 060 de 2001 del Consejo Directivo del Archivo General de la Nación, por el cual se establecen pautas para la administración de las comunicaciones en las entidades oficiales y privadas que cumplen funciones públicas, desarrollando los procesos de producción, recepción, radicación, distribución, seguimiento, conservación y consulta de los documentos en la Subred Norte E.S.E., Unidad Prestadora de Servicios de Salud Simon Bolivar

VALOR INICIAL	CDP	FECHA CDP	CRP	FECHA CRP
$ 1.666.000,00	1540	30/09/2016	23885	01/10/2016

FECHA INICIO 01/10/2016 **FECHA TERMINACIÓN** 30/11/2016

*** DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN**

ADICIONAR EN (25) DIAS POR UN VALOR DE UN MILLON CIENTO NOVENTA MIL PESOS $ 1.190.000 AL CONTRATO No 3943 DE 2016

JUSTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN

TENIENDO EN CUENTA QUE EL CONTRATO SE HA EJECUTADO EN UN 86% DEL VALOR TOTAL, SE REQUIERE PRORROGAR EL CONTRATO No 3943 DE 2016 CON EL FIN DE GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LAS NECESIDADES DEL SERVICIO DE **GESTION DOCUMENTAL**, COMO **MENSAJERO**

ADICIÓNES		VALOR ADICIONADO		CDP	FECHA CDP	CRP		FECHA CRP
Adición No 1		0						
Adición No 2		0						
Adición No 3		0						

PRORROGAS		TIEMPO PRORROGADO		REINTEGROS	VALOR REINTEGRADO
Prorroga No 1		25 DÍAS			
Prorroga No 2					
Prorroga No 3					

BALANCE FINANCIERO

VALOR. CONTRATADO	$	1.666.000,00
VALOR. EJECUTADO	$	1.428.000,00
TOTAL GLOSA		
SALDO CONTRATO	$	238.000,00
% EJECUCIÓN		86%

Firmas		**Firma del responsable del área o centro de atención:** **LUISA FERNANDA CASTILLO RODRIGUEZ**	
		VoBo. Subgerente Administrativo y Financiero y/o Servicios: ALVARO IGNACIO GUERRERO DEVIA	
		Firma Gerente: **YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ**	

17.445.827

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	SOLICITUD DE OTROSI AL CONTRATO/OPS	CODIGO: AJ-F-03-01
		VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E ASESORIA JURIDICA	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA: 01/08/2016

Fecha de Solicitud: d/m/a	30/11/2016	Fecha de Recepción: d/m/a	

ADICIÓN [X] **PRORROGA** [X] **OTRO (*)** [ ]

VALOR $ 1.428.000,00 **TIEMPO** 1 MES

DATOS DEL SOLICITANTE

No Contrato OPS	3943	CONTRATISTA:	ROJAS LUIS ALFREDO CC: 17445827

OBJETO:	Prestar los servicios como **MENSAJERO**, Dar cumplimiento al Acuerdo 060 de 2001 del Consejo Directivo del Archivo General de la Nación, por el cual se establecen pautas para la administración de las comunicaciones en las entidades oficiales y privadas que cumplen funciones públicas, desarrollando los procesos de producción, recepción, radicación, distribución, seguimiento, conservación y consulta de los documentos en la Subred Norte E.S.E., Unidad Prestadora de Servicios de Salud Simon Bolivar

VALOR INICIAL	CDP	FECHA CDP	CRP	FECHA CRP
$ 1.666.000,00	1540	30/09/2016	23885	01/10/2016

FECHA INICIO 01/10/2016 **FECHA TERMINACIÓN** 30/11/2016

*** DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN**

ADICIONAR Y PRORROGAR EN (30) DIAS POR UN VALOR DE $ 1.428.000 AL CONTRATO No 3943 DE 2016

JUSTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN

TENIENDO EN CUENTA QUE EL CONTRATO SE HA EJECUTADO EN UN 100% DEL VALOR TOTAL, SE REQUIERE ADICIONAR PRORROGAR EL CONTRATO No 3943 DE 2016 CON EL FIN DE GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LAS NECESIDADES DEL SERVICIO DE **GESTION DOCUMENTAL**, COMO **MENSAJERO**

ADICIÓNES		VALOR ADICIONADO		CDP	FECHA CDP	CRP		FECHA CRP
Adición No 1		$ 1.190.000,00						
Adición No 2		0						
dición No 3		0						

PRORROGAS		TIEMPO PRORROGADO		REINTEGROS	VALOR REINTEGRADO
Prorroga No 1		25 DÍAS			
Prorroga No 2					
Prorroga No 3					

BALANCE FINANCIERO

VALOR. CONTRATADO	$	2.856.000,00
VALOR. EJECUTADO	$	2.856.000,00
TOTAL GLOSA		
SALDO CONTRATO		
% EJECUCIÓN		100%

Firmas		Firma del responsable del área o centro de atención: LUISA FERNANDA CASTILLO RODRIGUEZ	
		VoBo. Subgerente Administrativo y Financiero y/o Servicios: ALVARO IGNACIO GUERRERO DEVIA	
		Firma Gerente: YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ	

1. ÁREA GRUPO FUNCIONAL DE GESTION HUMANA 2. CENTRO DE COSTO R01A

3. JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD: se requiere bachiller con conocimiento de direcciones en Bogotá y manejo de moto.

4. COMPETENCIAS	4.1 Educación: (Estudios que se requieren) Bachiller.
	4.2 Objeto de la Orden: Correspondencia en moto.
	4.3 Experiencia: (Señale la experiencia requerida en tiempo para desarrollar las actividades). Experiencia un año.
	4.4 .Equivalencias entre estudios y experiencia: (Exprese las posibles equivalencias que homologuen estudios por experiencia) N/A
	4.5 Formación: (Relacione las capacidades y conocimientos específicos) N/A
	4.6 Entrenamiento: (Relacione en detalle los conocimientos específicos que son importantes para el desarrollo de las actividades a contratar) N/A
	4.7 N/A
5 ACTIVIDA	
	5.2 N/A
	5.3 Actividades que tiene que supervisar: (Especificar si debe ser supervisor de actividades desarrolladas por personal del hospital o por actividades contratadas por terceros para realizar una actividad o un suministro) N/A
	5.4 Responsabilidad: Cumplimiento a cabalidad de las obligaciones contractuales.

Hospital Simón Bolívar	REQUISICIÓN DE PERSONAL ORDEN DE SUMINISTRO DE SERVICIO	Código: GTH-FO-295-002	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 2	

6. FIRMAS

Firma/ Nombre / Cargo Solicitante	Firma/ Nombre / Cargo Vo Bo. – Subgerencia	Firma/ Nombre Subgerencia Administrativa
NONBRE: **ALFREDO PLAZAS FORERO.** CARGO: LÍDER CORRESPONDENCIA FIRMA	NOMBRE CARGO FIRMA	NOMBRE **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ.** FIRMA

7. VALOR $

8. V.B. GERENCIA

9. RADICACIÓN DE LA SOLICITUD AL ÁREA DE CONTRATACIÓN

9.1 Nombres y Apellidos de quien entrega _____

9.2 FIRMA _____

9.3 Fecha de Recibido _____

9.4 Nombres y Apellidos de quien recibe _____

9.5 FIRMA _____

Estudios

Estudios Secundarios: Colegio de los Andes
Bogotá - 1995

Estudios Primarios: Jose C. Sanchez
Guamal - 1980

Experiencia Laboral

HOSPITAL SIMON BOLIVAR

Cargo: Mensajero
JEFE INMEDIATO: Alfredo Plazas
TELEFONO: 526 12 62
28 meses

PARQUEADERO EL TRANVIA

CARGO: Administrador
JEFE INMEDIATO: Luis Patiño
TELEFONO: 345 49 96
20 meses

INVERSIONES MASEAN LTDA

CARGO: Administrador
JEFE INMEDIATO: Libardo Niño Velandia
TELEFONO: 245 23 13
3 meses

Referencias Familiares

MARIA EVIDALIA SANCHEZ
Secretária
Teléfono: 311 242 66 96

REINEL SUAREZ
Teléfono: 316 534 05 51

Referencias Personales

DIVA YANETH ROMERO
Profesora
Teléfono: 415 42 65

ANA MARIA MANOZALVA
Secretária
Teléfono: 783 57 33

LUIS ALFREDO ROJAS
C.C.No. 17.445.827 de Guamal (Meta)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Simón Bolivar	X		

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	alfredollanero-2012@hotmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2980664 3107504890	DÍA 13 MES 08 AÑO 2012	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Mensajero (Moto)	Correspondencia	calle 165 N°-7-06.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Parqueadero El tranvia		X	

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	alfredollanero-2012@hotmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
345-49-96	DÍA 15 MES 01 AÑO 2010	DÍA 30 MES 09 AÑO 2011

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Varios etc.	Parqueadero	Cra 23 AN-53A15

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Inversiones Maseao Ltda.		X	

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	alfredollanero-2012@hotmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
245-23-13	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Servicios Generales	Planta	calle 48 13-23

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 64996273

OSF
11:05:43
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 03 de diciembre del 2014

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LUIS ALFREDO ROJAS identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 17445827:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

DERECHOS y DEBERES Individuo y Sociedad **Personería de Bogotá, D.C.**

CERTIFICADO ORDINARIO VIA WEB
No. 615395
Pag. 1 de 1

Bogotá, D.C., 3-12-2014

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor (a) ROJAS LUIS ALFREDO, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. DIECISIETE MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS VENTISIETE de GUAMAL

17445827

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

El certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reportan las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 -Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.
CERTIFICADO EXPEDIDO SIN COSTO ALGUNO

OMAR ROBERTO GÓMEZ BARRERA
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

Este certificado está firmado digitalmente, si requiere verificar su autenticidad comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

EL CONTRALOR DELEGADO PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 3 de diciembre de 2014, a las 11:17:13, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	17.445.827
Código de Verificación	1291591392014

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

SILVANO GÓMEZ STRAUCH

Digitó y Revisó: Vía Web

JMMC

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.

SIBOR

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 03/12/2014 a las 11:15:18 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 17445827 y Nombres: ROJAS LUIS ALFREDO

ACTUALMENTE NO ES REQUERIDO POR AUTORIDAD JUDICIAL ALGUNA

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional de Colombia.**
Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

Volver al Inicio

Solicitudes, Quejas, Reclamos

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 N° 26-21, CAN, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:am a 12pm y 2pm a 5pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 600
FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

Todos los derechos reservados 2011.

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Rojas		Luis Alfredo

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 17445827 — SEXO: F ( ) M (X) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: ____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO 17445827 D.M 55

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 01 MES 01 AÑO 1967

PAÍS: Colombia

DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Bogotá

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 22 TN-102-05

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Bogotá

TELÉFONO 2980664 EMAIL alfredollanera-2012@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11
										X

TÍTULO OBTENIDO: Bachiller

FECHA DE GRADO: MES 11 AÑO 1995

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	9	28
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	24
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	14	168
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	18	220

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI (X) NO ( ) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Diciembre - 04 - 2014

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: SI ☐ 1 NO ☐ 2 tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. ☐ 1 C.E. ☐ 2 T.I. ☐ 3	Nº

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotá 12-04-2014
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre

El Colegio de Los Andes

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.E.
según Resolución No. 002236 del 26 de julio de 1989

confiere a:

Luis Alfredo Rojas

C.C. 17.445.827 de Guamal (Meta)

Certificado de Estudios

de Bachillerato Básico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Básica Secundaria, que lo habilita plenamente para ingresar a la Educación Media o al Servicio Especial de Educación Laboral.

COLEGIO DE LOS ANDES FONTIBON

COLEGIO DE LOS ANDES — RECTORIA

Rector

COLEGIO DE LOS ANDES — SECRETARIA

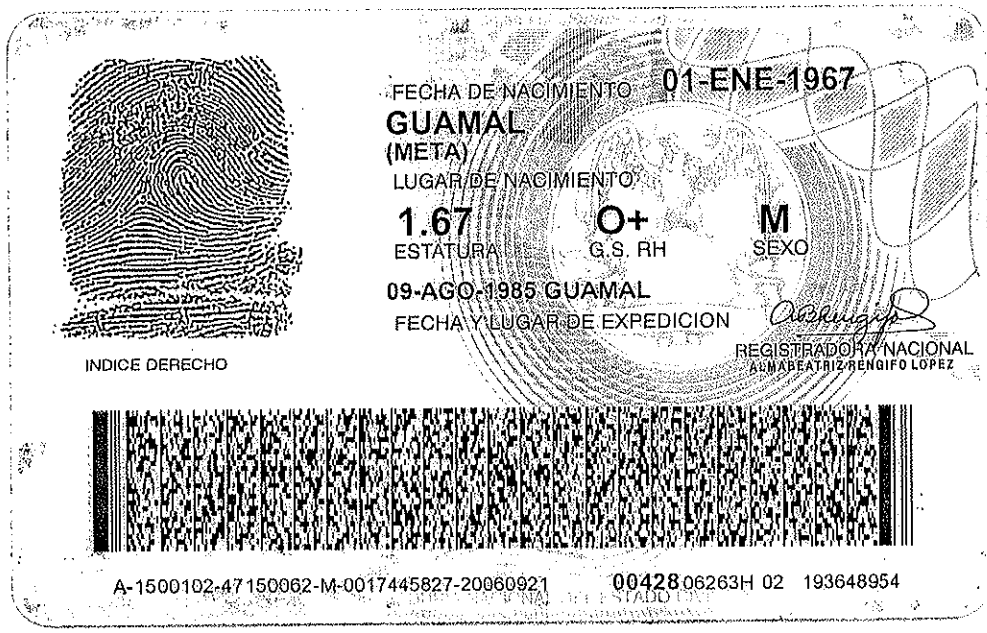
Secretario

Anotado al Folio 01 del Libro para Control Interno de Diplomas No. 02

Dado en Santafé de Bogotá, D. C. a 23 de Noviembre de 1995

Decreto 1860 del 3 de agosto de 1994, Artículo 11; M.E.N.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 17.445.827
ROJAS
APELLIDOS
LUIS ALFREDO
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 01-ENE-1967
GUAMAL
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
09-AGO-1985 GUAMAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
A-1500102-47150062-M-0017445827-20060921
00428 06263H 02 193648954

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

17445827

PERTENECE AL EJERCITO DE

1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
31 - DIC. 97	31 - DIC. 07	31 - DIC. 17

APELLIDOS Y NOMBRES

ROJAS

LUIS ALFREDO

UM BISER ESP. MIL FUSILERO

PROFESION EMPLEADO



17

E.P.S. SANITAS

CE-008 - 0000000100 - 2014

CERTIFICAMOS

que las personas relacionadas a continuacion, estan o han estado afiliadas a nuestra **E.P.S. SANITAS:**

Tipo afiliado *	Nombres	Tipo de documento	No. documento	Fecha de afiliacion EPS	Semanas cotizadas SGSSS	Semanas de antiguedad SGSSS	Estado Afiliacion	Fecha de la novedad y Motivo	Motivo de Retiro
CI	LUIS_ALFREDO ROJAS	C	17445827	01/05/1999	773	1133	Activo		

* cotizante independiente (CI), cotizante dependiente (CD), pensionado (CP), mixto (MI), amparado(B.Amp), adicional (B.Adic)

Los usuarios marcados con motivo **M3**, fueron desafiliados por mora superior a tres (3) meses
Los usuarios marcados con motivo **DC**, fueron desafiliados por documentacion incompleta

La presente se expide a USUARIO
en BOGOTA a los 05 dias del mes de Diciembre de 2014

Cordialmente,

E.P.S. SANITAS

CENTRO DE ATENCION AL USUARIO

NOTA : ESTA CERTIFICACION NO CONSTITUYE APROBACION DE TRASLADO, NI ES DOCUMENTO VALIDO PARA SOLICITAR SERVICIOS MEDICOS.

R.V. Luisa Fernanda Lopez Molina

Expedido en la oficina BOGOTA PALERMO

18

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **LUIS ALFREDO ROJAS**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **17,445,827**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 05 días del mes de Diciembre de 2014.

Gerente de Clientes

~~78~~ OR: 19

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

Espacio reservado para la DIAN

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 14267276014

(415)7707212469984(8020) 000001426727601 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1744582 7 – 6

6. DV

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá 32

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de ciudadanía 13	1744582 7	19850809

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Meta 50	Guamal 318

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OJAS		LUIS	ALFREDO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección: CL 22 J 102 05

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
alfredollanero-2012@hotmail.com	0	2980664	3144209825

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
5320	20120813	8299	20120813					

Responsabilidades

53. Código: 1 2

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código:

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI NO X

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 20131210

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponden exactamente a la realidad; por lo anterior, cualquier falsedad en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: MEJIA ARAQUE ESTER

985. Cargo: Punto de Contacto Presencial

Fecha generación documento PDF: 10-12-2013 04:28:03PM

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.0912

SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR E.S.E Y ROJAS LUIS ALFREDO

OBJETO: MENSAJERO EXTERNO CON MOTO.

FECHA DE INICIO: 02 DE ENERO DE 2015

PLAZO DE EJECUCION: 31 DE ENERO DE 2015

VALOR CONTRATO: $ 1300000

En Bogotá, a los 02 días del mes de enero, se reunieron los abajo firmantes, con el fin de suscribir el **ACTA DE INICIO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS** No.0912, celebrado entre las partes con el fin de dejar constancia que el día de hoy se da inicio a la ejecución del objeto contractual por parte del contratista y que según el plazo señalado en el contrato la ejecución deberá concluirse antes del 31 de Enero de 2015.

La presente acta forma parte del contrato por lo cual se anexará al expediente del mismo.

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta, por los que en ella intervienen, en Bogotá D.C.,

SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

EL CONTRATISTA

CLASE DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS
CONTRATO: AdAG – 0912 - 2015.
CONTRATISTA: ROJAS LUIS ALFREDO **CC. 17445827**
PLAZO EJECUCIÓN: HASTA EL 31 DE ENERO DE 2015, CONTADOS A PARTIR DEL 02 ENERO DEL 2015.
VALOR: ($1.300.000.oo), Un millón trescientos mil pesos

Entre los suscritos a saber, **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No.51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolucion No. 0165 del 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012 bajo el acta No. 2025 en el ejercicio del Cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., con Nit No. 800196433-9, categoría especial de Entidad Pública descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el proveedor de servicios y celebrar contratos de prestacion de servicios de apoyo a la gestion de servicios técnicos y profesionales que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E**, según resolución No.0171 de fecha 18 de mayo de 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina **EL HOSPITAL**, por una parte y por la otra **ROJAS LUIS ALFREDO** Mayor de edad y vecino (a) de esta ciudad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 17445827 quien actúa en su propio nombre y representación y para los efectos legales se denominará **EL CONTRATISTA**, quien declara **BAJO JURAMENTO**, no encontrarse dentro de los causales de INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD consagradas en la Constitución y la Ley, hemos convenido celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. AdAG – 0912 – 2015** a través de la modalidad de **CONTRATACIÓN DIRECTA** con certificado de disponibilidad presupuestal **No.** , el cual se rige por las disposiciones de derecho privado, consagrados en el numeral 6º del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio, y en el Código Civil en lo que tiene que ver con la materia y las demás normas concordantes y/o complementarias, y en especial por las cláusulas que continuación se establecen, previa las siguientes **CONSIDERACIONES: 1)** Que el Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E., para la correcta prestación del servicio de salud, requiere contratar los servicios profesionales referenciados, según justificación de la necesidad descrita en la requisición del área. **2)** Que en la planta de personal del Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E., no se cuenta con personal suficiente para atender las actividades cuya ejecución se plasma en éste contrato, circunstancia de la que se deja constancia en el expediente del contrato en cumplimiento de lo prescrito por el artículo 32 de la Ley 80 de 1.993. **3)** Que el presente contrato se celebra con **EL CONTRATISTA**, considerando su experiencia e idoneidad para cumplir las obligaciones contractuales y el objeto del contrato, de lo que se deja constancia en el expediente contractual. Por lo anterior, las partes acuerdan: **CLAUSULA PRIMERA.- OBJETO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS COMO MENSAJERO EXTERNO CON MOTO. CLAUSULA SEGUNDA.- ACTIVIDADES O EVENTOS:** 1) Mensajería con moto. **PARAGRAFO.-** Forma parte integral del presente contrato la requisición del personal de orden de suministro del servicio entregado por parte del supervisor. **CLAUSULA TERCERA.- OBLIGACIONES DE LAS PARTES: 1) Del Contratista: a)** Cumplir las actividades o eventos propias del objeto contractual en ejecución; **b)** Velar y responder por los recursos y darle adecuado funcionamiento a los equipos de su especialidad o bienes e inmuebles de EL HOSPITAL entregados para la ejecución de las actividades propias del acto; **c)** Atender de manera oportuna y eficaz, los llamados y requerimientos realizados por EL HOSPITAL, cuando se presenten situaciones que así lo ameriten; **d)** Presentar oportunamente y en forma periódica los informes que se requieran en cumplimiento del objeto contratado; **e)** Cumplir con el pago de la seguridad social de acuerdo con las normas legales vigentes; **f)** Portar en lugar visible, el carné que lo identifica como Contratista del HOSPITAL; **g)** Dar cumplimiento a las directrices impartidas por la entidad respecto al MECI gestión integral de calidad, **h).** Custodiar y cuidar la documentación que por razón de su actividad conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso, sin que pueda reproducirla, divulgarla o publicarla en cualquier medio; **i)** Cobrar oportunamente los honorarios que se generen en ejecución de este contrato; **j)** Asistir a los comités y/o reuniones convocadas por cualquier dependencia de la entidad, cuyo tema a tratar tenga incidencia directa con el objeto del contrato en ejecución que permita su cumplimiento y/o la buena gestión del servicio; **k)** Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que

por cualquier otra circunstancia deba conocer o a la que tenga acceso y responderá patrimonialmente por los perjuicios que su divulgación y/o utilización indebida por sí o por un tercero, cause a la administración o a terceros; **l)** Firmar el contrato y sus respectivas prórrogas y/o adiciones, previa notificación del supervisor por parte del Grupo Funcional de Contratación; **m)** Suscribir las respectivas pólizas, si así se requiere; **n)** Dar por terminado su contrato de prestación de servicios conforme al procedimiento establecido por EL HOSPITAL, para tal evento; **ñ)** Notificar, avisar, advertir al Supervisor del Contrato sobre las situaciones o eventos que cambien el curso normal del contrato a efectos de evitar la suspensión o parálisis del servicio, esto es: suspensiones, reinicio de actividades, terminaciones unilaterales o bilaterales del contrato y las demás que se presenten; **o)** Cumplir con la programación del servicio según lo establezca la entidad. **2) Del Hospital: a)** Pagar la contraprestación pactada previa certificación del supervisor; de actividades; **b)** Suministrar información y el apoyo necesario para el desarrollo de las actividades del contrato; **c)** Poner a disposición del contratista los medios adecuados para el desarrollo del contrato; **d)** Verificar que el contratista cumpla con las obligaciones contractuales conforme a lo pactado a través del supervisor delegado para tal fin; **e)** Elaborar en la oportunidad señalada en el contrato, las actas de inicio, supervisión y proyectar la de liquidación y/o terminación del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO**:- Las partes de común acuerdo manifiestan que el Contratista estará afiliado a una Entidad Administradora de Riesgos Profesionales ARP. **CLAUSULA CUARTA. VALOR Y FORMA DE PAGO**: Para todos los efectos legales, el valor del contrato es la suma de ($1.300.000.oo), Un millón trescientos mil pesos–m/te., de acuerdo a la programación que establezca la Entidad para garantizar la debida prestación del servicio, que pagará EL HOSPITAL previa presentación de los informes periódicos y constancia de pago al sistema de seguridad social y riesgos profesionales, de conformidad con la certificación de cumplimiento que para este efecto expida el supervisor. **CLAUSULA QUINTA.- TERMINO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**: El presente contrato se ejecutará hasta el 31 de enero de 2015 contado a partir de la fecha de su legalización, es decir una vez se registre en el presupuesto y se comprueben las garantías a las que haya lugar, fecha en la cual se suscribirá por EL CONTRATISTA, la respectiva acta de iniciación del contrato. **CLAUSULA SEXTA.- TÉRMINO DE DURACIÓN DEL CONTRATO:** El contrato tendrá como duración el término de ejecución y un mes más contados a partir de la fecha de legalización. **CLÁUSULA SEPTIMA.- LIQUIDACION**: Vencido el plazo de ejecución del presente contrato, el Grupo Funcional de Contratación, junto con el Supervisor del Contrato, procederán a preparar el acta de liquidación para la suscripción por las partes dentro del mes siguiente al vencimiento del término de ejecución, previsto en la cláusula cuarta de éste contrato, la liquidación se efectuará con sujeción a lo dispuesto por el artículo 60 de la Ley 80 de 1.993 y el artículo 11 de la Ley 1150 de 2.007. **CLAUSULA OCTAVA.- SUPERVISIÓN.** Será ejercida por LÍDER DE CORRESPONDENCIA quien se encargará de: 1.Verificar que el contrato se cumpla en los términos establecidos. 2. Informar al Jefe de la Oficina Asesora Jurídica cualquier incumplimiento en el que incurra el Contratista. 3. Elaborar con forme a los formatos establecidos y en apoyo con la Oficina del Grupo Funcional de Contratación la suscripción de las actas de iniciación, de cumplimiento parcial y de terminación así como la proyección del acta de liquidación del contrato para la firma de las partes. 4. Realizar los informes relacionados con la supervisión. **CLAUSULA NOVENA.- CADUCIDAD: EL HOSPITAL**, podrá declarar la caducidad administrativa del presente contrato mediante Acto Administrativo motivado, en caso de que se presenten las circunstancias previstas en el artículo 18 de la Ley 80 de 1993; ésta declaratoria deberá estar precedida de verificaciones e informes concretos del supervisor que evidencien el perjuicio que se deriva para EL HOSPITAL del incumplimiento del contratista. **CLAUSULA DECIMA.- TERMINACIÓN, INTERPRETACIÓN Y MODIFICACIÓN UNILATERAL**: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 80 de 1.993, numeral 2º, inciso 2º, a éste contrato se aplicarán las cláusulas excepcionales de terminación, interpretación y modificación unilateral en los términos y por las causales que se consagran en los artículos 15, 16 y 17 de la citada Ley. **CLAUSULA DÉCIMA PRIMERA.- PENAL PECUNIARIA**: En caso de incumplimiento definitivo de las obligaciones a cargo del contratista EL HOSPITAL, podrá hacer efectiva la cláusula penal pecuniaria en un monto equivalente al (10%) diez por ciento del valor total del contrato, como estimación anticipada y parcial de los perjuicios que se causen, sin perjuicio de que EL HOSPITAL pueda solicitar al contratista la totalidad del valor de los perjuicios causados en lo que exceda del valor de la cláusula penal pecuniaria. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA.- CLAUSULA COMPROMISORIA**: En caso de presentarse desavenencias y controversias durante la ejecución de este contrato, al igual que de su interpretación, se recurrirá en primera instancia al arreglo directo entre las partes, de no encontrarse solución a las diferencias se acudirá a los trámites prejudiciales contenidos en las normas vigentes y ante los organismos competentes. Requisitos de procedimiento que se deberán agotar previamente por las partes antes de acudir a la justicia ordinaria. **CLAUSULA DECIMA TERCERA.- MULTAS:** La entidad contratante, por resolución motivada, impondrá multa al contratista correspondiente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato, en caso de mora o incumplimiento parcial de las

obligaciones contractuales, mediante acto administrativo motivado previo requerimiento no acatado por el contratista. **CLAUSULA DECIMA CUARTA.- CESIÓN**: El Contratista no podrá ceder en todo o en parte el presente contrato sin la previa autorización escrita del HOSPITAL. **CLAUSULA DECIMA QUINTA.- AUTONOMÍA DEL CONTRATISTA**: Por tratarse de un contrato de prestación de servicios profesionales regido por las disposiciones legales privadas, además por las estipuladas en Ley 80 de 1993 y la Ley 1150 de 2.007, EL CONTRATISTA actuará con total autonomía, técnica y administrativa en el cumplimiento de las obligaciones que asume por el presente contrato y, en consecuencia, no contrae relación laboral alguna con EL HOSPITAL, razón por la cual, la única obligación de contraprestación económica DEL HOSPITAL para el Contratista, es la pactada en éste contrato. **CLAUSULA DECIMA SEXTA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** EL CONTRATISTA, declara bajo la gravedad del juramento, el que se entiende prestado con la suscripción del contrato, que no se encuentra incurso en ninguna causal de inhabilidad o incompatibilidad prevista en la Constitución o en la Ley, especialmente la Ley 80 de 1.993, para celebrar éste contrato. **CLAUSULA DÉCIMA SEPTIMA: DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE DEL CONTRATO:** Hacen parte integral del presente contrato, los siguientes documentos: **1)** Requisición por parte de la dependencia que tiene la necesidad; **2)** Certificado de disponibilidad presupuestal **3)** Registro Presupuestal; **4)** Formato Único Hoja de Vida persona natural debidamente diligenciada por el CONTRATISTA; **5)** Certificado de antecedentes judiciales, disciplinarios y fiscales; **6)** Certificado o constancia que acredite que el CONTRATISTA se encuentra afiliado al sistema de seguridad social integral (salud y pensión y/o autoliquidaciones mensuales); **7)** Hacen igualmente parte de este instrumento, todos los documentos de supervisión e informes sobre la gestión contractual que se produzcan a lo largo del término del contrato. **CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA.- RÉGIMEN APLICABLE:** Este contrato se regirá por las cláusulas en él establecidas y en lo señalado en el numeral 6º del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio y las normas que regulan la materia en el Código Civil. **CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA- PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION**: El presente contrato se entenderá perfeccionado con la firma de las partes contratantes, sólo podrá iniciar su ejecución una vez legalizado con la aprobación de la garantía otorgada, si así aplica, a favor del HOSPITAL y con el correspondiente registro presupuestal.

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los 02 Días del mes de Enero del 2015.

EL HOSPITAL.

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ.
Subgerente Administrativo.

Elaboró: Lady Correal Dávila
Revisó: José Henry Orozco Martínez

EL CONTRATISTA.

ROJAS LUIS ALFREDO
C.C 17445827

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Enero 21 de 2015 CRP. No. **129**

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2015 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: R09A GESTION DOCUMENTAL Y ARCH

CODIGO RUBRO.....: **1141114311020000000000004001**
CODIGO PRESUPUESTAL.....: **311020401**
NOMBRE RUBRO.....: **REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS HSB**

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 42

LA SUMA INICIAL DE : **1,300,000.00**
CON UN REINTEGRO DE : **.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE : **1,300,000.00**
UN MILLON TRESCIENTOS MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: MENSAJERO CON MOTO OPS 912.15
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 912.15
A NOMBRE DE: **ROJAS LUIS ALFREDO**
C.C. o NIT : **17445827**
OBJETO : ROJAS LUIS ALFREDO

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 21 DIAS DEL MES DE Enero DE 2015.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE DE MANEJO PRESUPUESTAL.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR Pag. 1 de 1

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Enero 21 de 2015 CAP. No. 1252

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **CERTIFICA**:

QUE UN COMPROMISO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 175 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2015 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: ROSA DESTION DOCUMENTAL Y ARCH

CODIGO RUBRO.....: **1141113110200000000001**
CODIGO PRESUPUESTAL.....: 31102001
NUMERO RUBRO.....: REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS HSB

APECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 42

LA SUMA INICIAL DE : 1.300.000.00
CON UN REINTEGRO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 1.300.000.00
UN MILLON TRESCIENTOS MIL PESOS CON 00/100 MNCTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: MENSAJERO CON MOTO OPS 912.15
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 912.15
A NOMBRE DE: **ROJAS LUIS ALFREDO**
C.C. o NIT : 1744858227
OBSERVACIONES : ROJAS LUIS ALFREDO

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 21 DIAS DEL MES DE Enero DE 2015.

ALVARO MILLIAN PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES SUBSTRACTIVAMENTE DE MANEJO PRESUPUESTAL.

ORIGINAL Fec-Imp: 2015/01/22 Hor-Imp: 10:41:01 Usu-Imp: adapre Ter: pressup2 MAAP/PM: 2015-01 Dep: ROSA cppcre 4.1.1

2 Supervisores Correspondencia

134

Hospital Simón Bolívar	**INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL**	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: PRUEBA	

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALFREDO ROJAS. **No. CONTRATO 0912-2015**
CÉDULA DE CIUDADANIA No; 17.445.827 **CENTRO DE COSTO:** R01A
OBJETO DEL CONTRATO: MENSAJERIA EN MOTO.
DURACIÓN DEL CONTRATO: 12 MESES **TOTAL HORAS CONTRATADAS:**
FECHA INICIO: AA 2015 **MES** 01 **DÍA** 01 **FECHA TERMINACIÓN:AA** 2015 **MES** 01 **DÍA** 31
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 1.300.000 **VALOR EN EL MES:** $ 1.300.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01-01 ENERO de 2015. **TOTAL HORAS EN EL MES:**

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Mensajería en Moto.	X		
2				
3				
4				
5				
6				
7				

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA	TOTAL X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C.C. 17.445.827

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Jhon Harold Bonilla Datory
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
C.C. 80.830.527

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN: ENERO 22 de 2015.

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O	0
NOM. DEPENDENCIA O	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2015-01-21
FECHA LIMITE DE PAGO:	2015-01-20
FECHA DE PAGO:	2015-01-20
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2015-01
PERIODO SALUD:	2015-01
NUMERO PLANILLA:	8693805068
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8672695342
TIPO DE PLANILLA:	I

PAGADO

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 800	$ 77.000	$ 77.800
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.000	$ 98.600	$ 99.600
		Total a pagar		$ 1.800	$ 175.600	$ 177.400

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

ADICIÓN No. 006 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1949 – 2015 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y ROJAS LUIS ALFREDO

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución Nº 0165 de fecha 17 de Mayo de 2012, posesionada el día 17 de Mayo de 2012, bajo el Acta Nº 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativa del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultada para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **ROJAS LUIS ALFREDO**, identificado(a) con la Cédula No. **17445827** hemos acordado celebrar la presente adición al **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1949 - 2015**, previa las siguientes consideraciones: 1) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 1949 - 2015 cuyo objeto es prestación de servicios como **MENSAJERO EXTERNO CON MOTO** del hospital. 2) De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014 por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la Institución, así las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de prestación de servicios. 3) Que la Ordenadora del gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta adición la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor de la orden del contrato de prestación de servicios N° 1949 de 2015 por el valor de **UN MILLÓN TRESCIENTOS SESENTA MIL PESOS M/CTE. ($1.360.000)** pagaderos en mensualidades de acuerdo a la programación que establezca la Entidad. **SEGUNDA:** Esta adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. **1704** de 2015, expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO.** Las cláusulas restantes de la orden del contrato de prestación de servicios N° 1949 de 2015 no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 01 días del mes de diciembre de 2015.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

ROJAS LUIS ALFREDO
Cédula No. 17445827

Elaboró: Lady Correal Dávila
Revisó: Dra. Marly Rocio Castellanos Sánchez

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

PRÓRROGA No. 006 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1949 – 2015 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y ROJAS LUIS ALFREDO

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución No 165 de fecha 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012, bajo el acta No 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativa del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoria especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultada para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios minimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **ROJAS LUIS ALFREDO**, identificado(a) con la Cédula No **17445827**, hemos acordado celebrar la presente prórroga al **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1949 - 2015**, previa las siguientes consideraciones: 1) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 1949 – 2015, cuyo objeto es prestación de servicios como **MENSAJERO EXTERNO CON MOTO** del hospital. 2) De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014, por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la Institución, así las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente prórroga con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de prestación de servicios. 3) Que la Ordenadora del gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta prórroga, la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Prorrogar el plazo de ejecución establecido en el contrato de prestación de servicios N° 1949 de 2015 hasta el 31 de diciembre de 2015. **SEGUNDA:** Las cláusulas restantes del contrato N° 1949 de 2015 no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 27 días del mes de noviembre de 2015.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

ROJAS LUIS ALFREDO
Cédula No. 17445827

Elaboró: Lady Correal Dávila
Revisó: Dra. Marly Rocio Castellanos Sánchez

5540

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Simón Bolívar

ADICIÓN No. 004 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1949 – 2015 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y ROJAS LUIS ALFREDO

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución N° 0165 de fecha 17 de Mayo de 2012, posesionada el dia 17 de Mayo de 2012, bajo el Acta N° 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativa del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultada para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el HOSPITAL, por una parte y por la otra **ROJAS LUIS ALFREDO**, identificado(a) con la Cédula No. **17445827** hemos acordado celebrar la presente adición al **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1949 - 2015**, previa las siguientes consideraciones: 1) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N.° 1949 - 2015 cuyo objeto es prestación de servicios como **MENSAJERO EXTERNO CON MOTO** del hospital. 2) De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014 por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la Institución, así las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de prestación de servicios. 3) Que la Ordenadora del gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta adición la cual se regirá por las siguientes cláusulas: PRIMERA: Adicionar el valor de la orden del contrato de prestación de servicios N° 1949 de 2015 por el valor de **UN MILLÓN TRESCIENTOS SESENTA MIL PESOS M/CTE. ($1'360.000)** pagaderos en mensualidades de acuerdo a la programación que establezca la Entidad. SEGUNDA: Esta adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. **1285** de 2015, expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial del HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO. Las cláusulas restantes de la orden del contrato de prestación de servicios N° 1949 de 2015 no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 01 días del mes de septiembre de 2015.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

Elaboró: Lady Correal Dávila
Revisó: Dra. Marly Rocio Castellanos Sánchez

EL CONTRATISTA

ROJAS LUIS ALFREDO
CC. 17445827

PRÓRROGA No. 004 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1949 – 2015 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y ROJAS LUIS ALFREDO

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución No 165 de fecha 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012, bajo el acta No 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativa del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultada para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el HOSPITAL, por una parte y por la otra **ROJAS LUIS ALFREDO**, identificado(a) con la Cédula No **17445827**, hemos acordado celebrar la presente prórroga al **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1949 - 2015**, previa las siguientes consideraciones: 1) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 1949 – 2015, cuyo objeto es prestación de servicios como **MENSAJERO EXTERNO CON MOTO** del hospital. 2) De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014, por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la Institución, así las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente prórroga con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de prestación de servicios. 3) Que la Ordenadora del gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta prórroga, la cual se regirá por las siguientes cláusulas: PRIMERA: Prorrogar el plazo de ejecución establecido en el contrato de prestación de servicios N° 1949 de 2015 hasta el 30 de septiembre de 2015. SEGUNDA: Las cláusulas restantes del contrato N° 1949 de 2015 no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 31 días del mes de agosto de 2015.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

ROJAS LUIS ALFREDO
CC: 17445827

Elaboró: Lady Correal Dávila
Revisó: Dra. Marly Rocio Castellanos Sánchez

Hospital Simón Bolívar	**ACTA DE INICIO CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR III NIVEL E.S.E**	Código: GTH-FO-295-006	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 0	

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 1949

SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR E.S.E Y ROJAS LUIS ALFREDO

OBJETO: MENSAJERO EXTERNO CON MOTO

FECHA DE INICIO: 02 DE FEBRERO DE 2015

PLAZO DE EJECUCION: 30 DE ABRIL DE 2015

VALOR CONTRATO: CUATRO MILLONES OCHENTA MIL PESOS M/TE. ($4.080.000)

En Bogotá, a los 02 días del mes de febrero, se reunieron los abajo firmantes, con el fin de suscribir el **ACTA DE INICIO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS** No.1949, celebrado entre las partes con el fin de dejar constancia que el día de hoy se da inicio a la ejecución del objeto contractual por parte del contratista y que según el plazo señalado en el contrato la ejecución deberá concluirse antes del 30 de Abril de 2015.

La presente acta forma parte del contrato por lo cual se anexará al expediente del mismo.

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta, por los que en ella intervienen, en Bogotá D.C.,

SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

EL CONTRATISTA

CLASE DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS
CONTRATO: AdAG – 1949 - 2015
CONTRATISTA: ROJAS LUIS ALFREDO CC. 17445827
PLAZO EJECUCIÓN: HASTA EL 30 DE ABRIL DE 2015, CONTADOS A PARTIR DEL ACTA DE INICIO DEL CONTRATO
VALOR: CUATRO MILLONES OCHENTA MIL PESOS M/TE. ($4.080.000)

Entre los suscritos a saber, **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No.51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución No. 0165 del 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012 bajo el acta No. 2025 en el ejercicio del Cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., con Nit No. 800196433-9, categoría especial de Entidad Pública descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el proveedor de servicios y celebrar contratos de prestación de servicios de apoyo a la gestión de servicios técnicos y profesionales que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E, según resolución No.0171 de fecha 18 de mayo de 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina **EL HOSPITAL**, por una parte y por la otra **ROJAS LUIS ALFREDO** Mayor de edad y vecino (a) de esta ciudad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número **17445827** quien actúa en su propio nombre y representación y para los efectos legales se denominará **EL CONTRATISTA;** hemos convenido celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. AdAG – 1949 – 2015** a través de la modalidad de **CONTRATACIÓN DIRECTA** con cargo a la disponibilidad presupuestal **No. 154,** el cual se rige por las disposiciones de derecho privado, consagrados en el numeral 6° del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio, y en el Código Civil en lo que tiene que ver con la materia y las demás normas concordantes y/o complementarias, y en especial por las cláusulas que a continuación se establecen, previa las siguientes **CONSIDERACIONES: 1)** Que el Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E., para la correcta prestación del servicio de salud, requiere contratar los servicios profesionales referenciados, según justificación de la necesidad descrita en la requisición del área. **2)** Que en la planta de personal del Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E., no se cuenta con personal suficiente para atender las actividades cuya ejecución se plasma en éste contrato, circunstancia de la que se deja constancia en el expediente del contrato en cumplimiento de lo prescrito por el artículo 32 de la Ley 80 de 1.993. **3)** Que el presente contrato se celebra con **EL CONTRATISTA**, considerando su experiencia e idoneidad para cumplir las obligaciones contractuales y el objeto del contrato, de lo que se deja constancia en el expediente contractual. Por lo anterior, las partes acuerdan: **CLAUSULA PRIMERA.- OBJETO**: **El objeto del presente contrato es la prestación de servicios como MENSAJERO EXTERNO CON MOTO. CLAUSULA SEGUNDA.- ACTIVIDADES O EVENTOS**: 1) Mensajería con moto. **CLAUSULA TERCERA.- OBLIGACIONES DE LAS PARTES**: **1) Del Contratista: a)** Cumplir las actividades o eventos propios del objeto contractual en ejecución. **b)** Velar y responder por los recursos y darle adecuado funcionamiento bienes, muebles e inmuebles de EL HOSPITAL entregados para la ejecución de las actividades propias del acto. **c)** Atender de manera oportuna y eficaz, los llamados y requerimientos realizados por EL HOSPITAL, cuando se presenten situaciones que así lo ameriten. **d)** Presentar oportunamente y en forma periódica los informes que se requieran en cumplimiento del objeto contratado. **e)** Cumplir con el pago de la seguridad social de acuerdo con las normas legales vigentes. **f)** Portar en lugar visible, el carné que lo identifica como Contratista del HOSPITAL. **g)** Dar cumplimiento a las directrices impartidas por la entidad respecto al MECI gestión integral de calidad. **h)** Custodiar y cuidar la documentación que por razón de su actividad conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso, sin que pueda reproducirla, divulgarla o publicarla en cualquier medio. **i)** Cobrar oportunamente los honorarios que se generen en ejecución de este contrato. **j)** Asistir a los comités y/o reuniones convocadas por cualquier dependencia de la entidad, cuyo tema a tratar tenga incidencia directa con el objeto del contrato en ejecución que permita su cumplimiento y/o la buena gestión del servicio. **k)** Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o a la que tenga acceso y responderá patrimonialmente por los perjuicios que su divulgación y/o utilización indebida por sí o por un tercero, cause a la administración o a terceros. **l)** Firmar el contrato y sus respectivas prórrogas y/o adiciones, previa notificación del supervisor por parte del Grupo Funcional de Contratación. **m)** Suscribir las respectivas pólizas, si así se requiere. **n)** Dar por terminado su contrato de prestación de servicios conforme al procedimiento establecido por EL HOSPITAL, para tal evento. **ñ)** Notificar, avisar, advertir al Supervisor del Contrato sobre las situaciones o eventos que cambien el curso normal del contrato a efectos de evitar la suspensión o parálisis del servicio, esto es: suspensiones, reinicio de actividades, terminaciones unilaterales o bilaterales del contrato y las demás que se presenten. **o)** Cumplir con la programación del servicio según lo establezca la entidad. **2) Del Hospital: a)** Pagar la contraprestación pactada previa certificación del supervisor; de actividades. **b)** Suministrar información y el apoyo necesario para el desarrollo de las

actividades del contrato. **c)** Poner a disposición del contratista los medios adecuados para el desarrollo del contrato. **d)** Verificar que el contratista cumpla con las obligaciones contractuales conforme a lo pactado a través del supervisor delegado para tal fin. **e)** Elaborar en la oportunidad señalada en el contrato, las actas de inicio, supervisión y proyectar la de liquidación y/o terminación del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO**:- Las partes de común acuerdo manifiestan que el Contratista estará afiliado a una Entidad Administradora de Riesgos Profesionales ARP. **CLAUSULA CUARTA.- VALOR Y FORMA DE PAGO**: Para todos los efectos legales, el valor del contrato es la suma de **CUATRO MILLONES OCHENTA MIL PESOS M/TE. ($4.080.000),** que se pagan en mensualidades de **UN MILLÓN TRESCIENTOS SESENTA MIL PESOS M/TE. ($1.360.000)** de acuerdo a la programación que establezca la Entidad para garantizar la debida prestación del servicio, que pagará EL HOSPITAL previa presentación de los informes periódicos y constancia de pago al sistema de seguridad social, de conformidad con la certificación de cumplimiento que para este efecto expida el supervisor. **CLAUSULA QUINTA.- DURACIÓN DEL CONTRATO:** El presente contrato se ejecutará hasta el 30 de abril de 2015 contado a partir de la fecha de su legalización, es decir una vez se registre en el presupuesto y se comprueben las garantías a las que haya lugar, fecha en la cual se suscribirá por EL CONTRATISTA, la respectiva acta de iniciación del contrato. **CLÁUSULA SEXTA.- LIQUIDACION**: Vencido el plazo de ejecución del presente contrato, el Grupo Funcional de Contratación, junto con el Supervisor del Contrato, procederán a preparar el acta de liquidación para la suscripción por las partes dentro del mes siguiente al vencimiento del término de ejecución, previsto en la cláusula cuarta de éste contrato, la liquidación se efectuará con sujeción a lo dispuesto por el artículo 60 de la Ley 80 de 1.993 y el artículo 11 de la Ley 1150 de 2.007. **CLAUSULA SÉPTIMA.- SUPERVISIÓN:** La supervisión del presente contrato será ejercida por el hospital, quien delega dicha facultad en **LÍDER DE CORRESPONDENCIA** quien se encargará de: **1)** Verificar que el contrato se cumpla en los términos establecidos. **2)** Informar al jefe oficina de contratación cualquier modificación a las condiciones o clausulas contenidas en este contrato. **3)** Informar al Jefe de la Oficina Asesora Jurídica cualquier incumplimiento en el que incurra el Contratista. **4)** Elaborar conforme a los formatos establecidos y en apoyo con la Oficina del Grupo Funcional de Contratación la suscripción de las actas de iniciación, de cumplimiento parcial y de terminación así como la proyección del acta de liquidación del contrato para la firma de las partes. **5)** Realizar los informes relacionados con la supervisión. **CLAUSULA OCTAVA.- CADUCIDAD: EL HOSPITAL**, podrá declarar la caducidad administrativa del presente contrato mediante Acto Administrativo motivado, en caso de que se presenten las circunstancias previstas en el artículo 18 de la Ley 80 de 1993; ésta declaratoria deberá estar precedida de verificaciones e informes concretos del supervisor que evidencien el perjuicio que se deriva para EL HOSPITAL del incumplimiento del contratista. **CLAUSULA NOVENA.- TERMINACIÓN, INTERPRETACIÓN Y MODIFICACIÓN UNILATERAL**: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 80 de 1.993, numeral 2º, inciso 2º, a éste contrato se aplicarán las cláusulas excepcionales de terminación, interpretación y modificación unilateral en los términos y por las causales que se consagran en los artículos 15, 16 y 17 de la citada Ley. **CLAUSULA DÉCIMA.- MULTAS:** La entidad contratante, por resolución motivada, impondrá multa al contratista correspondiente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato, en caso de mora o incumplimiento parcial de las obligaciones contractuales, mediante acto administrativo motivado previo requerimiento no acatado por el contratista. **CLAUSULA DECIMA PRIMERA.- PENAL PECUNIARIA**: En caso de incumplimiento definitivo de las obligaciones a cargo del contratista EL HOSPITAL, podrá hacer efectiva la cláusula penal pecuniaria en un monto equivalente al (10%) diez por ciento del valor total del contrato, como estimación anticipada y parcial de los perjuicios que se causen, sin perjuicio de que EL HOSPITAL pueda solicitar al contratista la totalidad del valor de los perjuicios causados en lo que exceda del valor de la cláusula penal pecuniaria. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA.- CLAUSULA COMPROMISORIA**: En caso de presentarse desavenencias y controversias durante la ejecución de este contrato, al igual que de su interpretación, se recurrirá en primera instancia al arreglo directo entre las partes, de no encontrarse solución a las diferencias se acudirá a los trámites prejudiciales contenidos en las normas vigentes y ante los organismos competentes. Requisitos de procedimiento que se deberán agotar previamente por las partes antes de acudir a la justicia ordinaria. **CLAUSULA DECIMA TERCERA.- CESIÓN**: El Contratista no podrá ceder en todo o en parte el presente contrato sin la previa autorización escrita del HOSPITAL. **CLAUSULA DECIMA CUARTA.- AUTONOMÍA DEL CONTRATISTA**: Por tratarse de un contrato de prestación de servicios profesionales regido por las disposiciones legales privadas, además por las estipuladas en Ley 80 de 1993 y la Ley 1150 de 2.007, EL CONTRATISTA actuará con total autonomía, técnica y administrativa en el cumplimiento de las obligaciones que asume por el presente contrato y, en consecuencia, no contrae relación laboral alguna con EL HOSPITAL, razón por la cual, la única obligación de contraprestación económica DEL HOSPITAL para el Contratista, es la pactada en éste contrato. **CLAUSULA DECIMA QUINTA.- INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** EL CONTRATISTA, declara bajo la gravedad del juramento, el que se entiende prestado con la suscripción del contrato, que no se encuentra incurso en ninguna causal de inhabilidad o incompatibilidad prevista en la Constitución o en la Ley, especialmente la Ley 80 de 1.993, para celebrar éste contrato. **CLAUSULA DÉCIMA SEXTA.- DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE DEL CONTRATO:** Hacen parte integral del presente contrato, los siguientes documentos: **1)** Requisición por parte de la dependencia que tiene la necesidad. **2)** Certificados de Disponibilidad y Registro Presupuestal. **3)** Formato Único Hoja de Vida persona natural debidamente diligenciada por el CONTRATISTA. **4)** Certificado de antecedentes judiciales, disciplinarios y fiscales. **5)** Certificado o constancia que acredite que el CONTRATISTA se encuentra afiliado al sistema de seguridad social integral

(salud y pensión y/o autoliquidaciones mensuales). **6)** Acta de inicio de contrato. **7)** Hacen igualmente parte de este instrumento, todos los documentos de supervisión e informes sobre la gestión contractual que se produzcan a lo largo del término del contrato. **CLAUSULA DÉCIMA SEPTIMA.- RÉGIMEN APLICABLE:** Este contrato se regirá por las cláusulas en él establecidas y en lo señalado en el numeral 6º del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio y las normas que regulan la materia en el Código Civil. **CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA.- PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION**: El presente contrato se entenderá perfeccionado con la firma de las partes contratantes, sólo podrá iniciar su ejecución una vez legalizado con la aprobación de la garantía otorgada, si así aplica, a favor del HOSPITAL y con el correspondiente registro presupuestal.

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los 02 días del mes de febrero de 2015.

EL HOSPITAL.

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativo

Elaboró: Lady Correal Dávila
Revisó: Liliana del Rosario Mosquera Agudelo

EL CONTRATISTA.

ROJAS LUIS ALFREDO
C.C 17445827

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Diciembre 01 de 2015 CRP. No. 11502

ORIGINAL

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2015 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: R09A GESTION DOCUMENTAL Y ARCH

CODIGO RUBRO.....: **1141114311020000000000004001**
CODIGO PRESUPUESTAL.....: **311020401**
NOMBRE RUBRO.....: **REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS HSB**

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 1704

LA SUMA INICIAL DE : 1,360,000.00
CON UN REINTEGRO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 1,360,000.00
UN MILLON TRESCIENTOS SESENTA MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: MENSAJERO CON MOTO OPS 1949 15
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 1949 15
A NOMBRE DE: **ROJAS LUIS ALFREDO**
C.C. o NIT : **17445827**
OBJETO : ROJAS LUIS ALFREDO 1949 15

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 1 DIAS DEL MES DE Diciembre DE 2015.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE DE MANEJO PRESUPUESTAL.

0172

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ADICIÓN No. 005 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1949 – 2015 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y ROJAS LUIS ALFREDO

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución Nº 0165 de fecha 17 de Mayo de 2012, posesionada el dia 17 de Mayo de 2012, bajo el Acta Nº 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativa del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultada para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **ROJAS LUIS ALFREDO**, identificado(a) con la Cédula No. **17445827** hemos acordado celebrar la presente adición al **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1949 - 2015**, previa las siguientes consideraciones: 1) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 1949 - 2015 cuyo objeto es prestación de servicios como **MENSAJERO EXTERNO CON MOTO** del hospital. 2) De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014 por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la Institución, así las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de prestación de servicios. 3) Que la Ordenadora del gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta adición la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor de la orden del contrato de prestación de servicios N° 1949 de 2015 por el valor de **DOS MILLONES SETECIENTOS VEINTE MIL PESOS M/CTE. ($2.720.000)** pagaderos en mensualidades de acuerdo a la programación que establezca la Entidad. **SEGUNDA**: Esta adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. **1336** de 2015, expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**. Las cláusulas restantes de la orden del contrato de prestación de servicios N° 1949 de 2015 no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 30 días del mes de septiembre de 2015.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

Elaboró: Lady Correal Dávila
Revisó: Dra. Marly Rocio Castellanos Sánchez

EL CONTRATISTA

ROJAS LUIS ALFREDO
CC. 17445827

PRÓRROGA No. 005 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1949 – 2015 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y ROJAS LUIS ALFREDO

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución No 165 de fecha 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012, bajo el acta No 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativa del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultada para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **ROJAS LUIS ALFREDO**, identificado(a) con la Cédula No **17445827**, hemos acordado celebrar la presente prórroga al **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1949 - 2015**, previa las siguientes consideraciones: 1) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 1949 – 2015, cuyo objeto es prestación de servicios como **MENSAJERO EXTERNO CON MOTO** del hospital. 2) De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014, por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la Institución, así las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente prórroga con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de prestación de servicios. 3) Que la Ordenadora del gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta prórroga, la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Prorrogar el plazo de ejecución establecido en el contrato de prestación de servicios N° 1949 de 2015 hasta el 30 de noviembre de 2015. **SEGUNDA:** Las cláusulas restantes del contrato N° 1949 de 2015 no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 28 días del mes de septiembre de 2015.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

Elaboró: Lady Correal Dávila
Revisó: Dra. Marly Rocio Castellanos Sánchez

EL CONTRATISTA

ROJAS LUIS ALFREDO
Cédula: 17445827

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Septiembre 30 de 2015 CRP. No. 9172

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO ORIGINAL

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 193 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2015 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: R09A GESTION DOCUMENTAL Y ARCH

CODIGO RUBRO.....: 1141111431102000000000004001
CODIGO PRESUPUESTAL.....: 311020401
NOMBRE RUBRO.....: REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS HSB

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 1336

LA SUMA INICIAL DE : 2.720.000.00
CON UN REINTEGRO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 2.720.000.00
DOS MILLONES SETECIENTOS VEINTE MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: MENSAJERO CON MOTO OPS 1949-15
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 1949-15
A NOMBRE DE: ROJAS LUIS ALFREDO
C.C. o NIT : 17445827
OBJETO : ROJAS LUIS ALFREDO S 1949-15

( )

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 30 DIAS DEL MES DE Septiembre DE 2015.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE DE MANEJO PRESUPUESTAL.

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Septiembre 01 de 2015 CRP. No. 8540

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO ORIGINAL

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2015 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: R09A GESTION DOCUMENTAL Y ARCH

CODIGO RUBRO.....: 1141114311020000000000004001
CODIGO PRESUPUESTAL.....: 311020401
NOMBRE RUBRO.....: REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS HSB

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 1295

LA SUMA INICIAL DE : 1.360.000.00
CON UN REINTEGRO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 1.360.000.00
UN MILLON TRESCIENTOS SESENTA MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: MENSAJERO CON MOTO OPS.1949 15
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS.1949 15
A NOMBRE DE: ROJAS LUIS ALFREDO
C.C. o NIT : 17445827
OBJETO : ROJAS LUIS ALFREDO .1949 15

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 1 DIAS DEL MES DE Septiembre DE 2015.

ALVARO WILLIAM FARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE DE MANEJO PRESUPUESTAL.

correspondencia

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: PRUEBA	

103

2

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALFREDO ROJAS. **No. CONTRATO** 1999

CÉDULA DE CIUDADANIA No; 17.445.827 **CENTRO DE COSTO:** R01A

OBJETO DEL CONTRATO: MENSAJERIA EN MOTO.

DURACIÓN DEL CONTRATO: 3 MESES **TOTAL HORAS CONTRATADAS:**

FECHA INICIO: AA 2015 **MES** 02 **DÍA** 01 **FECHA TERMINACIÓN: AA** 2015 **MES** 04 **DÍA** 30

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 4.080.000 **VALOR EN EL MES:** $ 1.360.000

PERIODO DE SUPERVISIÓN: 03-01 ABRIL de 2015. **TOTAL HORAS EN EL MES:**

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Entrega de correspondencia externa a diferentes entidades en zona norte	X		
2	Pagos de depósitos judiciales	X		
3	Pagos a entidades bancarias	X		
4	Entrega de fichas de epidemilogia hospital de usaquen	X		
5	Autenticaciones notariales			
6				
7				

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C.C. 17.445.827

JHON HAROLD BONILLA ANTURY
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Jhon Harold Bonilla Antury
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
C.C. 80830527

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN: ABRIL 21 de 2015.

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O	0
NOM. DEPENDENCIA O	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2015-04-21
FECHA LIMITE DE PAGO:	2015-04-21
FECHA DE PAGO:	2015-04-21
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2015-04
PERIODO SALUD:	2015-04
NUMERO PLANILLA:	8687157201
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8672695342
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 800	$ 80.544	$ 81.344
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.100	$ 103.100	$ 104.200
		Total a pagar		$ 1.900	$ 183.644	$ 185.544

Correspondencia

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: PRUEBA	

102

2

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALFREDO ROJAS. **No. CONTRATO**

CÉDULA DE CIUDADANIA No; 17.445.827 **CENTRO DE COSTO:** R01A

OBJETO DEL CONTRATO: MENSAJERIA EN MOTO.

DURACIÓN DEL CONTRATO: 3 MESES **TOTAL HORAS CONTRATADAS:**

FECHA INICIO: AA 2015 **MES** 02 **DÍA** 01 **FECHA TERMINACIÓN: AA** 2015 **MES** 04 **DÍA 30**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 4.080.000 **VALOR EN EL MES:** $ 1.360.000

PERIODO DE SUPERVISIÓN: 02-01 FEBRERO de 2015. **TOTAL HORAS EN EL MES:**

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Mensajería en Moto.	X		
2				
3				
4				
5				
6				
7				

		SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?				X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?		X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?		X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?		X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?		X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA	TOTAL	X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C.C. 17.445.827

JHON HAROLD BONILLA ANTURY
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Jhon Harold Bonilla Antury
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
C.C. 80830527

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN: FEBRERO 19 de 2015.

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O	0
NOM. DEPENDENCIA O	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2015-02-19
FECHA LIMITE DE PAGO:	2015-02-18
FECHA DE PAGO:	2015-02-17
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2015-02
PERIODO SALUD:	2015-02
NUMERO PLANILLA:	8689029190
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8672695342
TIPO DE PLANILLA:	I

PAGADO

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 800	$ 80.544	$ 81.344
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.100	$ 103.100	$ 104.200
		Total a pagar		$ 1.900	$ 183.644	$ 185.544

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Febrero 19 de 2015 CRP. No. 2237

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO ORIGINAL

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2015 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: R09A GESTION DOCUMENTAL Y ARCH

CODIGO RUBRO.....: 1141114311020000000000004001
CODIGO PRESUPUESTAL.....: 311020401
NOMBRE RUBRO.....: REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS HSB

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 154

LA SUMA INICIAL DE : 4.080.000.00
CON UN REINTEGRO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 4.080.000.00
CUATRO MILLONES OCHENTA MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: MENSAJERO CON MOTO 1949.15
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 1949.15
A NOMBRE DE: ROJAS LUIS ALFREDO
C.C. o NIT : 17445827
OBJETO : ROJAS LUIS ALFREDO

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 19 DIAS DEL MES DE Febrero DE 2015.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE DE MANEJO PRESUPUESTAL.

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: PRUEBA	

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALFREDO ROJAS. **No. CONTRATO** 1949

CÉDULA DE CIUDADANIA No; 17.445.827 **CENTRO DE COSTO:** R01A

OBJETO DEL CONTRATO: MENSAJERIA EN MOTO.

DURACIÓN DEL CONTRATO: 3 MESES **TOTAL HORAS CONTRATADAS:**

FECHA INICIO: AA 2015 **MES** 02 **DÍA** 01 **FECHA TERMINACIÓN: AA** 2015 **MES** 04 **DÍA 30**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 4.080.000 **VALOR EN EL MES:** $ 1.360.000

PERIODO DE SUPERVISIÓN: 03-01 MARZO de 2015. **TOTAL HORAS EN EL MES:**

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Entrega de correspondencia externa a diferentes entidades en zona centro	X		
2	Entrega de carpetas de junta directiva	X		
3	Pagos a entidades bancarias	X		
4	Recoger medicamentos en drogas boyaca	X		
5				
6				
7				

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C.C. 17.445.827

JHON HAROLD BONILLA ANTURY
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Jhon Harold Bonilla Antury
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
C.C. 80830527

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN: MARZO 19 de 2015.

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O	0
NOM. DEPENDENCIA O	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2015-03-17
FECHA LIMITE DE PAGO:	2015-03-12
FECHA DE PAGO:	2015-03-12
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2015-03
PERIODO SALUD:	2015-03
NUMERO PLANILLA:	8689181923
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8672695342
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 400	$ 80.544	$ 80.944
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 600	$ 103.100	$ 103.700
		Total a pagar		$ 1.000	$ 183.644	$ 184.644

PAGADO

Correspondencia

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: PRUEBA	

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALFREDO ROJAS. **No. CONTRATO** 1949
CÉDULA DE CIUDADANIA No; 17.445.827 **CENTRO DE COSTO:** R01A
OBJETO DEL CONTRATO: MENSAJERIA EN MOTO.
DURACIÓN DEL CONTRATO: 5 MESES **TOTAL HORAS CONTRATADAS:**
FECHA INICIO: AA 2015 **MES** 02 **DÍA** 01 **FECHA TERMINACIÓN:AA** 2015 **MES** 06 **DÍA 30**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 6.800.000 **VALOR EN EL MES:** $ 1.360.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01al 31 MAYO del 2015. **TOTAL HORAS EN EL MES:**

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Entrega de correspondencia externa a diferentes entidades en zona centro	X		
2	Entrega de carpetas de junta directiva	X		
3	Pagos a entidades bancarias	X		
4	Recoger medicamentos en el hospital de kennedy	X		
5				
6				
7				

	SI	NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?		X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X	
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X	
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X	
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X	
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	X	PARCIAL

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C.C. 17.445.827

JHON HAROLD BONILLA ANTURY
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Jhon Harold Bonilla Antury
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
C.C. 80830527

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN: MAYO 22 de 2015.

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O	0
NOM. DEPENDENCIA O	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2015-05-22
FECHA LIMITE DE PAGO:	2015-05-20
FECHA DE PAGO:	2015-05-20
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2015-05
PERIODO SALUD:	2015-05
NUMERO PLANILLA:	8687007199
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8672695342
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 800	$ 80.544	$ 81.344
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.100	$ 103.100	$ 104.200
		Total a pagar		$ 1.900	$ 183.644	$ 185.544

Correspondencia

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: PRUEBA	

194
2

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALFREDO ROJAS. **No. CONTRATO 1949**
CÉDULA DE CIUDADANIA No; 17.445.827 **CENTRO DE COSTO:** R01A
OBJETO DEL CONTRATO: MENSAJERIA EN MOTO.
DURACIÓN DEL CONTRATO: 5 MESES **TOTAL HORAS CONTRATADAS:**
FECHA INICIO: AA 2015 **MES** 02 **DÍA** 01 **FECHA TERMINACIÓN:AA** 2015 **MES** 06 **DÍA 30**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 6.800.000 **VALOR EN EL MES:** $ 1.360.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01al 30 JUNIO del 2015. **TOTAL HORAS EN EL MES:**

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Entrega de correspondencia externa a diferentes entidades en zona norte	X		
2	Entrega de carpetas de junta directiva	X		
3	Pagos a entidades bancarias	X		
4	Autenticaciones notariales	X		
5	Entrega de correspondencia clinica fray	X		
6				
7				

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C.C. 17.445.827

JHON HAROLD BONILLA ANTURY
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Jhon Harold Bonilla Antury.
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
C.C. 80830527

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN:JUNIO 19 de 2015.

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2015-06-19
FECHA LIMITE DE PAGO:	2015-06-19
FECHA DE PAGO:	2015-06-19
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2015-06
PERIODO SALUD:	2015-06
NUMERO PLANILLA:	8685985758
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8672695342
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.000	$ 80.544	$ 81.544
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.200	$ 103.100	$ 104.300
		Total a pagar		$ 2.200	$ 183.644	$ 185.844

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: PRUEBA	

210

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALFREDO ROJAS. **No. CONTRATO 1949**

CÉDULA DE CIUDADANIA No; 17.445.827 **CENTRO DE COSTO:** R01A

OBJETO DEL CONTRATO: MENSAJERIA EN MOTO.

DURACIÓN DEL CONTRATO: 6 MESES **TOTAL HORAS CONTRATADAS:**

FECHA INICIO: AA 2015 **MES** 02 **DÍA** 01 **FECHA TERMINACIÓN:AA** 2015 **MES** 07 **DÍA 31**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 8.160.000 **VALOR EN EL MES:** $ 1.360.000

PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01al 31 JULIO del 2015. **TOTAL HORAS EN EL MES:**

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Entrega de correspondencia externa a diferentes entidades en zona centro	X		
2	Pago de banco agrario de depositos judiciales	X		
3	Pagos a entidades bancarias	X		
4	Autenticaciones notariales	X		
6				
7				

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA	TOTAL X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C.C. 17.445.827

JHON HAROLD BONILLA ANTURY
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Jhon Harold Bonilla Antury.
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
C.C. 80830527

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN:JULIO 22 de 2015.

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2015-07-21
FECHA LIMITE DE PAGO:	2015-07-09
FECHA DE PAGO:	2015-07-09
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2015-07
PERIODO SALUD:	2015-07
NUMERO PLANILLA:	8685005398
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8672695342
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 200	$ 80.544	$ 80.744
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 200	$ 103.100	$ 103.300
		Total a pagar		$ 400	$ 183.644	$ 184.044

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: PRUEBA	

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALFREDO ROJAS. **No. CONTRATO 1948**

CÉDULA DE CIUDADANIA No; 17.445.827 **CENTRO DE COSTO:** R01A

OBJETO DEL CONTRATO: MENSAJERIA EN MOTO.

DURACIÓN DEL CONTRATO: 7 MESES **TOTAL HORAS CONTRATADAS:**

FECHA INICIO: AA 2015 **MES** 02 **DÍA** 01 **FECHA TERMINACIÓN:AA** 2015 **MES** 08 **DÍA** 31

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $9.520.000 **VALOR EN EL MES:** $ 1.360.000

PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01al 31 AGOSTO del 2015. **TOTAL HORAS EN EL MES:**

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Entrega de correspondencia externa a diferentes entidades en zona norte	X		
2	Pagos a entidades bancarias	X		
3	Autenticaciones notariales	X		
4	Entrega de carpetas de junta directiva	X		
5	Entrega de correspondencia a la fray	X		
6				
7				

	SI	NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?		X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X	
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X	
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X	
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X	
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	X	PARCIAL

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C.C. 17.445.827

JHON HAROLD BONILLA ANTURY
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Jhon Harold Bonilla Antury
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
C.C. 80830527

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN:AGOSTO 20 de 2015.

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2015-08-20
FECHA LIMITE DE PAGO:	2015-08-19
FECHA DE PAGO:	2015-08-19
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2015-08
PERIODO SALUD:	2015-08
NUMERO PLANILLA:	8682382328
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8672695342
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 800	$ 80.544	$ 81.344
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.100	$ 103.100	$ 104.200
		Total a pagar		$ 1.900	$ 183.644	$ 185.544

Correspondencia

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: PRUEBA	

21

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALFREDO ROJAS. **No. CONTRATO 1949**

CÉDULA DE CIUDADANIA No. 17.445.827 **CENTRO DE COSTO:** R01A

OBJETO DEL CONTRATO: MENSAJERIA EN MOTO.

DURACIÓN DEL CONTRATO: 8 MESES **TOTAL HORAS CONTRATADAS:**

FECHA INICIO: AA 2015 **MES** 02 **DÍA** 01 **FECHA TERMINACIÓN:AA** 2015 **MES 09 DÍA 30**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $10,880.000 **VALOR EN EL MES:** $ 1.360.000

PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01al 30 SEPTIEMBRE de 2015. **TOTAL HORAS EN EL MES:**

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Entrega de correspondencia externa a diferentes entidades en zona Sur de la Ciudad	X		
2	Pagos y/o consignaciones a entidades bancarias	X		
3	Autenticaciones notariales	X		
4	Entrega de carpetas de junta directiva	X		
5	Entrega de correspondencia a la Clínica Fray Bartolome	X		
6				
7				

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA	TOTAL X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

BEATRIZ MORENO BENAVIDES
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C.C. 17.445.827

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
C.C. **35.499.501**

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN: SEPTIEMBRE 22 DE 2,015.

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2015-09-21
FECHA LIMITE DE PAGO:	2015-09-21
FECHA DE PAGO:	2015-09-21
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2015-09
PERIODO SALUD:	2015-09
NUMERO PLANILLA:	8680560001
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8672695342
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.100	$ 80.544	$ 81.644
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.400	$ 103.100	$ 104.500
		Total a pagar		$ 2.500	$ 183.644	$ 186.144

PAGADO

Correspondencia

Hospital Simón Bolívar		-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: PRUEBA	

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALFREDO ROJAS.	**No. CONTRATO 1949**
CÉDULA DE CIUDADANIA No. 17.445.827	**CENTRO DE COSTO:** R01A
OBJETO DEL CONTRATO: MENSAJERIA EN MOTO.	
DURACIÓN DEL CONTRATO: 10 MESES	**TOTAL HORAS CONTRATADAS:**
FECHA INICIO: AA 2015 **MES** 02 **DÍA** 01	**FECHA TERMINACIÓN:AA** 2015 **MES** 11 **DÍA** 30
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $13.600.000	**VALOR EN EL MES:** $ 1.360.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01al 31 OCTUBRE de 2015.	**TOTAL HORAS EN EL MES:**

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Entrega de correspondencia externa a diferentes entidades en zona Norte de la Ciudad	X		
2	Pagos y/o consignaciones a entidades bancarias	X		
3	Autenticaciones notariales	X		
4	Entrega de carpetas de junta directiva	X		
5	Entrega de correspondencia a la Clínica Fray Bartolome	X		
6				
7				

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C.C. 17.445.827

BEATRIZ MORENO BENAVIDES
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
C.C. **35.499.501**

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN: OCTUBRE 22 DE 2.015.

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2015-10-20
FECHA LIMITE DE PAGO:	2015-10-20
FECHA DE PAGO:	2015-10-20
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2015-10
PERIODO SALUD:	2015-10
NUMERO PLANILLA:	8678864613
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8672695342
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 900	$ 80.544	$ 81.444
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.100	$ 103.100	$ 104.200
		Total a pagar		$ 2.000	$ 183.644	$ 185.644

Hospital Simón Bolívar		-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: PRUEBA	

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALFREDO ROJAS.	**No. CONTRATO 1949**
CÉDULA DE CIUDADANIA No. 17.445.827	**CENTRO DE COSTO:** R09A
OBJETO DEL CONTRATO: MENSAJERIA EN MOTO.	
DURACIÓN DEL CONTRATO: 10 MESES	**TOTAL HORAS CONTRATADAS:**
FECHA INICIO: AA 2015 **MES** 02 **DÍA** 01	**FECHA TERMINACIÓN: AA** 2015 **MES 11 DIA 30**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $13.600.000	**VALOR EN EL MES:** $ 1.360.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01 al 30 NOVIEMBRE de 2015.	**TOTAL HORAS EN EL MES:**

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Entrega de correspondencia externa a diferentes entidades en zona Sur de la Ciudad	X		
2	Traslado de Injertos al HSB	X		
3	Pagos y/o Consignaciones bancarias	X		
4	Entrega de carpetas de junta directiva	X		
5				
6				
7				

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C.C. 17.445.827

BEATRIZ MORENO BENAVIDES
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
C.C. **35.499.501**

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN: NOVIEMBRE 19 DE 2.015

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2015-11-19
FECHA LIMITE DE PAGO:	2015-11-12
FECHA DE PAGO:	2015-11-12
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2015-11
PERIODO SALUD:	2015-11
NUMERO PLANILLA:	8677681052
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8672695342
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 400	$ 80.544	$ 80.944
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 500	$ 103.100	$ 103.600
		Total a pagar		$ 900	$ 183.644	$ 184.544

Hospital Simón Bolívar		-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: PRUEBA	

212

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALFREDO ROJAS. **No. CONTRATO 1949**

CÉDULA DE CIUDADANIA No. 17.445.827 **CENTRO DE COSTO:** R09A

OBJETO DEL CONTRATO: MENSAJERIA EN MOTO.

DURACIÓN DEL CONTRATO: 11 MESES **TOTAL HORAS CONTRATADAS:**

FECHA INICIO: AA 2015 **MES** 02 **DÍA** 01 **FECHA TERMINACIÓN: AA** 2015 **MES** 12 **DÍA** 31

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $14´960.000 **VALOR EN EL MES:** $ 1.360.000

PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01 al 31 DICIEMBRE de 2015. **TOTAL HORAS EN EL MES:**

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Entrega de correspondencia externa a diferentes entidades en zona Norte de la Ciudad	X		
2	Entrega de correspondencia a Clínica Fray Bartolome de las Casas	X		
3	Pagos y/o Consignaciones bancarias	X		
4	Entrega de carpetas de Junta directiva	X		
5	Entrega y devolución de medicamentos a hospitales	X		
6				
7				

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA	TOTAL X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C.C. 17.445.827

BEATRIZ MORENO BENAVIDES
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
C.C. **35.499.501 de Suba**

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN: DICIEMBRE 16 DE 2.015

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2015-12-16
FECHA LIMITE DE PAGO:	2015-12-15
FECHA DE PAGO:	2015-12-15
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2015-12
PERIODO SALUD:	2015-12
NUMERO PLANILLA:	8676116136
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8672695342
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 700	$ 80.544	$ 81.244
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 900	$ 103.100	$ 104.000
		Total a pagar		$ 1.600	$ 183.644	$ 185.244

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión:	

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALFREDO ROJAS. **No. CONTRATO 1300-2016**

CÉDULA DE CIUDADANIA No. 17.445.827 **CENTRO DE COSTO:** R09A

OBJETO DEL CONTRATO: MENSAJERIA EN MOTO.

DURACIÓN DEL CONTRATO: 3 MESES **TOTAL HORAS CONTRATADAS:**

FECHA INICIO: AA 2016 **MES 02 DÍA** 01 **FECHA TERMINACIÓN: AA** 2016 **MES 04 DÍA 30**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 4´284.000 **VALOR EN EL MES:** $ 1.428.000

PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01 al 31 MARZO de 2016. **TOTAL HORAS EN EL MES:**

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Entrega de correspondencia externa a diferentes entidades en zona Sur de la Ciudad	X		
2	Entrega de carpetas a miembros de junta directiva	X		
3				
4				
5				
6				
7				

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA	TOTAL X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C.C. 17.445.827

BEATRIZ MORENO BENAVIDES
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
C.C. **35.499.501 de Suba**

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN: MARZO 22 DE 2.016

F

DETALLE PLANILLA
OPERADOR DE INFORMACIÓN

Razón social: ROJAS LUIS ALFREDO **Identificación:** CC-17445827 **Código dependencia o sucursal:** 0 **Nombre dependencia o sucursal:** 0 **Fecha de generación del reporte:** 2016-03-22 **Fecha limite de pago:** 2016-03-22 **Fecha de pago:** 2016-03-22 **Pagada por:** AvVillas **Período pensión:** 2016-03 **Período salud:** 2016-03 **Referencia de pago (PIN): 8672695342** **Tipo de planilla:** I **Clase de planilla:** Normal **Número de la planilla:** 8671440791	**Pagada**

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO DE AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR	SELECCIONAR TODOS | SELECCIONAR NINGUNO
230301	800224808	PORVENIR	1	$1,600	$110,313	$111,913	☑
EPS005	800251440	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	1	$1,300	$86,200	$87,500	☑
GRAN TOTAL				$2,900	$196,513	$199,413	

[redacted]

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión:	

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALFREDO ROJAS.	**No. CONTRATO 1300-2016**
CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 17.445.827	**CENTRO DE COSTO:** R09A
OBJETO DEL CONTRATO: MENSAJERÍA EN MOTO.	
DURACIÓN DEL CONTRATO: 5 MESES	**TOTAL HORAS CONTRATADAS:**
FECHA INICIO: AA 2016 **MES 02 DÍA** 01	**FECHA TERMINACIÓN: AA** 2016 **MES 06 DÍA 30**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 7´140.000	**VALOR EN EL MES:** $ 1.428.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01 al 31 de MAYO de 2016.	**TOTAL HORAS EN EL MES:**

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIÓ		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Entrega de correspondencia externa a diferentes entidades en zona Sur de la Ciudad	X		
2	Traslado entre Hospitales de medicamentos y/o materiales médicos en calidad de préstamo	X		
3	Trámites de Pagos y/o Consignaciones bancarias	X		
4				
5				
6				
7				

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C.C. 17.445.827 de Bogotá

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN: MAYO 20 DE 2.016

BEATRIZ MORENO BENAVIDES
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
C.C. **35.499.501 de Suba**

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2016-05-19
FECHA LIMITE DE PAGO:	2016-05-19
FECHA DE PAGO:	2016-05-19
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2016-05
PERIODO SALUD:	2016-05
NUMERO PLANILLA:	8668369650
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8672695342
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.000	$ 86.200	$ 87.200
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.300	$ 110.313	$ 111.613
			Total a pagar	$ 2.300	$ 196.513	$ 198.813

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número de Planilla (PIN): 8672695342

Número de Identificación Aportante: 17445827

Valor a Pagar $: 199.513

AVV 039 20160518 16:56 SC 474 LINEA A
VR PAGADO: 198,813.00
NOMBRE:ASOPAGOS 0
CLAVE:8672695342
ID:17445827
Fecha Aplicación:20160519 PIN:165614
Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

F-06-124-2

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ÉSTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSÉRVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

dispapeles 88569

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 1300 - 2016

SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR E.S.E Y ROJAS LUIS ALFREDO

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO MENSAJERO CON MOTO PARA EL ÁREA DE CORRESPONDENCIA

FECHA DE INICIO: 01 DE FEBRERO DE 2016

PLAZO DE EJECUCION: 30 DE ABRIL DE 2016

VALOR CONTRATO: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL PESOS M/TE. ($4284000)

En Bogotá, a los 01 días del mes de febrero, se reunieron los abajo firmantes, con el fin de suscribir el **ACTA DE INICIO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS** No. 1300 - 2016, celebrado entre las partes con el fin de dejar constancia que el día de hoy se da inicio a la ejecución del objeto contractual por parte del contratista y que según el plazo señalado en el contrato la ejecución deberá concluirse antes del 30 de abril de 2016.

La presente acta forma parte del contrato por lo cual se anexará al expediente del mismo.

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta, por los que en ella intervienen, en Bogotá D.C.,

SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

EL CONTRATISTA

CLASE DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS
CONTRATO: AdAG– 1300 – 2016
CONTRATISTA: ROJAS LUIS ALFREDO Cédula No. 17445827
PLAZO EJECUCIÓN: HASTA EL 30 DE ABRIL DE 2016, CONTADOS A PARTIR DEL ACTA DE INICIO DEL CONTRATO
VALOR: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE ($ 4284000)

Entre los suscritos a saber, **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No.51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución No. 0165 del 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012 bajo el acta No. 2025 en el ejercicio del Cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., con Nit No. 800196433-9, categoría especial de Entidad Pública descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el proveedor de servicios y celebrar contratos de prestación de servicios de apoyo a la gestión de servicios técnicos y profesionales que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E, según resolución No.0171 de fecha 18 de mayo de 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina **EL HOSPITAL**, por una parte y por la otra **ROJAS LUIS ALFREDO** Mayor de edad y vecino (a) de esta ciudad, identificado (a) con cédula número **17445827** quien actúa en su propio nombre y representación y para los efectos legales se denominará **EL CONTRATISTA;** hemos convenido celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. AdAG – 1300 – 2016** a través de la modalidad de **CONTRATACIÓN DIRECTA** con cargo a la disponibilidad presupuestal **No.** 249, el cual se rige por las disposiciones de derecho privado, consagrados en el numeral 6° del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio, y en el Código Civil en lo que tiene que ver con la materia y las demás normas concordantes y/o complementarias, y en especial por las cláusulas que a continuación se establecen, previa las siguientes **CONSIDERACIONES: 1)** Que el Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E., para la correcta prestación del servicio de salud, requiere contratar los servicios profesionales referenciados, según justificación de la necesidad descrita en la requisición del área. **2)** Que en la planta de personal del Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E., no se cuenta con personal suficiente para atender las actividades cuya ejecución se plasma en éste contrato, circunstancia de la que se deja constancia en el expediente del contrato en cumplimiento de lo prescrito por el artículo 32 de la Ley 80 de 1.993. **3)** Que el presente contrato se celebra con **EL CONTRATISTA**, considerando su experiencia e idoneidad para cumplir las obligaciones contractuales y el objeto del contrato, de lo que se deja constancia en el expediente contractual. Por lo anterior, las partes acuerdan: **CLAUSULA PRIMERA.- OBJETO**: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO MENSAJERO CON MOTO PARA EL ÁREA DE CORRESPONDENCIA. CLAUSULA SEGUNDA.- ACTIVIDADES O EVENTOS**: **1) Entrega de correspondencia de los comunicados oficiales generados por las áreas de la institución a las diferentes entes ya sea en zona norte o zona sur de la ciudad de Bogotá. 2) Reclamo, traslado y entrega de injertos al hospital. 3) Pagos, consignaciones y solicitud de chequeras bancarias. 4) Entrega de carpetas de junta a tiempo y en sus residencias. 5) Entrega y traslado de medicamentos entre hospitales y/o laboratorios. 6) Autenticaciones notariales. 7) Reclamo y entrega de registros civiles ante la notaria 69, reclamo y entrega de formatos de nacido vivo y defunción ante la secretaría de salud. 8) Las demás actividades que se requieran para el cabal cumplimiento del objeto contractual. CLAUSULA TERCERA.- OBLIGACIONES DE LAS PARTES**: **1) Del Contratista: a)** Cumplir las actividades o eventos propios del objeto contractual en ejecución. **b)** Responder por los bienes y/o elementos entregados a su cargo, velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la Institución y demás equipos y elementos de propiedad del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades, so pena de responder como contratista por el daño o pérdida de los implementos utilizados, ya sea en reposición o al precio comercial del bien, descuento que autoriza a efectuar de los honorarios por percibir, autorización que se entiende expresa y escrita por cada caso en particular. **c)** Atender de manera oportuna y eficaz, los llamados y requerimientos realizados por EL HOSPITAL, cuando se presenten situaciones que así lo ameriten. **d)** Presentar oportunamente y en forma periódica los informes que se requieran en cumplimiento del objeto contratado. **e)** Cumplir con el pago de la seguridad social de acuerdo con las normas legales vigentes. **f)** Portar en lugar visible, el carné que lo identifica como Contratista del HOSPITAL. **g)** Dar cumplimiento a las directrices impartidas por la entidad respecto al MECI gestión integral de calidad. **h)** Custodiar y cuidar la documentación que por razón de su actividad conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso, sin que pueda reproducirla, divulgarla o publicarla en cualquier medio. **i)** Cobrar oportunamente los honorarios que se generen en ejecución de este contrato. **j)** Asistir a los comités y/o reuniones convocadas por cualquier dependencia de la entidad, cuyo tema a tratar tenga incidencia directa con el objeto del contrato en ejecución que permita su cumplimiento y/o la buena gestión del servicio. **k)** Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o a la que tenga acceso y responderá patrimonialmente por los perjuicios que su divulgación y/o utilización indebida por sí o

por un tercero, cause a la administración o a terceros. **l)** Firmar el contrato y sus respectivas prórrogas y/o adiciones, previa notificación del supervisor por parte del Grupo Funcional de Contratación. **m)** Suscribir las respectivas pólizas, si así se requiere. **n)** Dar por terminado su contrato de prestación de servicios conforme al procedimiento establecido por EL HOSPITAL, para tal evento. **ñ)** Notificar, avisar, advertir al Supervisor del Contrato sobre las situaciones o eventos que cambien el curso normal del contrato a efectos de evitar la suspensión o parálisis del servicio, esto es: suspensiones, reinicio de actividades, terminaciones unilaterales o bilaterales del contrato y las demás que se presenten. **o)** Cumplir con la programación del servicio según lo establezca la entidad. **p)** Asumir el incumplimiento u omisión que en desarrollo de sus actividades genere perjuicios económicos al HOSPITAL. Para el caso de glosas u objeciones definitivas, se evaluarán y determinarán en comité de glosas al interior del Hospital y serán comunicadas las decisiones al contratista, autorizando el descuento respectivo que se genere. **q)** El contratista deberá tomar todas las medidas adecuadas para evitar la contaminación ambiental, la prevención de riesgos durante la ejecución de sus operaciones o actividades y cumplirá con todas las leyes ambientales, aplicable. **2) Del Hospital: a)** Pagar la contraprestación pactada previa certificación del supervisor; de actividades. **b)** Suministrar información y el apoyo necesario para el desarrollo de las actividades del contrato. **c)** Poner a disposición del contratista los medios adecuados para el desarrollo del contrato. **d)** Verificar que el contratista cumpla con las obligaciones contractuales conforme a lo pactado a través del supervisor delegado para tal fin. **e)** Elaborar en la oportunidad señalada en el contrato, las actas de inicio, supervisión y proyectar la de liquidación y/o terminación del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO**:- Las partes de común acuerdo manifiestan que el Contratista estará afiliado a una Entidad Administradora de Riesgos Laborales ARL. **CLAUSULA CUARTA.- VALOR Y FORMA DE PAGO**: Para todos los efectos legales, el valor del contrato es la suma de **CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE ($ 4284000)**, pagaderos en mensualidades de **UN MILLÓN CUATROCIENTOS VEINTIOCHO MIL PESOS M/CTE ($ 1428000)** de acuerdo a la programación que establezca la Entidad para garantizar la debida prestación del servicio, que pagará EL HOSPITAL previa presentación de los informes periódicos y constancia de pago al sistema de seguridad social, de conformidad con la certificación de cumplimiento que para este efecto expida el supervisor. **CLAUSULA QUINTA.- DURACIÓN DEL CONTRATO:** El presente contrato se ejecutará hasta el 30 de abril de 2016, contado a partir de la fecha de su legalización, es decir una vez se registre en el presupuesto y se comprueben las garantías a las que haya lugar, fecha en la cual se suscribirá por EL CONTRATISTA, la respectiva acta de iniciación del contrato. **CLÁUSULA SEXTA.- LIQUIDACION**: Vencido el plazo de ejecución del presente contrato, el Grupo Funcional de Contratación, junto con el Supervisor del Contrato, procederán a preparar el acta de liquidación para la suscripción por las partes dentro del mes siguiente al vencimiento del término de ejecución, previsto en la cláusula cuarta de éste contrato, la liquidación se efectuará con sujeción a lo dispuesto por el artículo 60 de la Ley 80 de 1.993 y el artículo 11 de la Ley 1150 de 2.007. **CLAUSULA SÉPTIMA.- SUPERVISIÓN:** La supervisión del presente contrato será ejercida por el hospital, quien delega dicha facultad en **LÍDER CORRESPONDENCIA** quien se encargará de: **1)** Verificar que el contrato se cumpla en los términos establecidos. **2)** Informar al jefe oficina de contratación cualquier modificación a las condiciones o clausulas contenidas en este contrato. **3)** Informar al Jefe de la Oficina Asesora Jurídica cualquier incumplimiento en el que incurra el Contratista. **4)** Elaborar conforme a los formatos establecidos y en apoyo con la Oficina del Grupo Funcional de Contratación la suscripción de las actas de iniciación, de cumplimiento parcial y de terminación así como la proyección del acta de liquidación del contrato para la firma de las partes. **5)** Realizar los informes relacionados con la supervisión. **CLAUSULA OCTAVA.- CADUCIDAD: EL HOSPITAL**, podrá declarar la caducidad administrativa del presente contrato mediante Acto Administrativo motivado, en caso de que se presenten las circunstancias previstas en el artículo 18 de la Ley 80 de 1993; ésta declaratoria deberá estar precedida de verificaciones e informes concretos del supervisor que evidencien el perjuicio que se deriva para EL HOSPITAL del incumplimiento del contratista. **CLAUSULA NOVENA.- TERMINACIÓN, INTERPRETACIÓN Y MODIFICACIÓN UNILATERAL**: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 80 de 1.993, numeral 2º, inciso 2º, a éste contrato se aplicarán las cláusulas excepcionales de terminación, interpretación y modificación unilateral en los términos y por las causales que se consagran en los artículos 15, 16 y 17 de la citada Ley. **CLAUSULA DÉCIMA.- MULTAS:** La entidad contratante, por resolución motivada, impondrá multa al contratista correspondiente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato, en caso de mora o incumplimiento parcial de las obligaciones contractuales, mediante acto administrativo motivado previo requerimiento no acatado por el contratista. **CLAUSULA DECIMA PRIMERA.- PENAL PECUNIARIA**: En caso de incumplimiento definitivo de las obligaciones a cargo del contratista EL HOSPITAL, podrá hacer efectiva la cláusula penal pecuniaria en un monto equivalente al (10%) diez por ciento del valor total del contrato, como estimación anticipada y parcial de los perjuicios que se causen, sin perjuicio de que EL HOSPITAL pueda solicitar al contratista la totalidad del valor de los perjuicios causados en lo que exceda del valor de la cláusula penal pecuniaria. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA.- CLAUSULA COMPROMISORIA**: En caso de presentarse desavenencias y controversias durante la ejecución de este contrato, al igual que de su interpretación, se recurrirá en primera instancia al arreglo directo entre las partes, de no encontrarse solución a las diferencias se acudirá a los trámites prejudiciales contenidos en las normas vigentes y ante los organismos competentes. Requisitos de procedimiento que se deberán agotar previamente por las partes antes de acudir a la justicia ordinaria. **CLAUSULA DECIMA TERCERA.- CESIÓN**: El Contratista no podrá ceder en todo o en parte el presente contrato sin la previa autorización escrita del

HOSPITAL. **CLAUSULA DECIMA CUARTA. - AUTONOMÍA DEL CONTRATISTA**: Por tratarse de un contrato de prestación de servicios profesionales regido por las disposiciones legales privadas, además por las estipuladas en Ley 80 de 1993 y la Ley 1150 de 2.007, EL CONTRATISTA actuará con total autonomía, técnica y administrativa en el cumplimiento de las obligaciones que asume por el presente contrato y, en consecuencia, no contrae relación laboral alguna con EL HOSPITAL, razón por la cual, la única obligación de contraprestación económica DEL HOSPITAL para el Contratista, es la pactada en éste contrato. **CLAUSULA DECIMA QUINTA.- INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** EL CONTRATISTA, declara bajo la gravedad del juramento, el que se entiende prestado con la suscripción del contrato, que no se encuentra incurso en ninguna causal de inhabilidad o incompatibilidad prevista en la Constitución o en la Ley, especialmente la Ley 80 de 1.993, para celebrar éste contrato. **CLAUSULA DÉCIMA SEXTA.- DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE DEL CONTRATO:** Hacen parte integral del presente contrato, los siguientes documentos: **1)** Requisición por parte de la dependencia que tiene la necesidad. **2)** Certificados de Disponibilidad y Registro Presupuestal. **3)** Formato Único Hoja de Vida persona natural debidamente diligenciada por el CONTRATISTA. **4)** Certificado de antecedentes judiciales, disciplinarios y fiscales. **5)** Certificado o constancia que acredite que el CONTRATISTA se encuentra afiliado al sistema de seguridad social integral (salud y pensión y/o autoliquidaciones mensuales). **6)** Acta de inicio de contrato. **7)** Hacen igualmente parte de este instrumento, todos los documentos de supervisión e informes sobre la gestión contractual que se produzcan a lo largo del término del contrato. **CLAUSULA DÉCIMA SÉPTIMA.- RÉGIMEN APLICABLE:** Este contrato se regirá por las cláusulas en él establecidas y en lo señalado en el numeral 6° del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio y las normas que regulan la materia en el Código Civil. **CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA.- PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION**: El presente contrato se entenderá perfeccionado con la firma de las partes contratantes, sólo podrá iniciar su ejecución una vez legalizado con la aprobación de la garantía otorgada, si así aplica, a favor del HOSPITAL y con el correspondiente registro presupuestal.

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los 01 días del mes de febrero de 2016.

EL HOSPITAL.

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativo

Elaboró: Lady Correal Dávila
Revisó: Marly Rocio Castellanos Sánchez

EL CONTRATISTA

ROJAS LUIS ALFREDO
Cédula No. 17445827

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Febrero 01 de 2016 CRP. No. **1742**

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2016 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: R09A GESTION DOCUMENTAL Y ARCH

CODIGO RUBRO.....: **1141114311020000000000004001**
CODIGO PRESUPUESTAL.....: **311020401**
NOMBRE RUBRO.....: **REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS HSB**

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 249

LA SUMA INICIAL DE : **4,284,000.00**
CON UN REINTEGRO DE : **.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE : **4,284,000.00**
CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: MENSAJERO CON MOTO OPS 1300.16
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 1300.16
A NOMBRE DE: **ROJAS LUIS ALFREDO**
C.C. o NIT : **17445827**
OBJETO : MENSAJERO CON MOTO OPS 1300.16
ROJAS LUIS ALFREDO

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 1 DIAS DEL
MES DE Febrero DE 2016.

MARTHA CECILIA MORA ORTEGA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE DE MANEJO PRESUPUESTAL

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Febrero 01 de 2016 CDP. No. 249

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

QUE EN LA FECHA LOS REGISTROS DE EJECUCION PRESUPUESTAL MUESTRAN EL SIGUIENTE SALDO DE APROPIACION:

DEPENDENCIA : T05A JURIDICA Y CONTRATACION

CODIGO RUBRO.....: **1141114311020000000000004001**
CODIGO PRESUPUESTAL.....: **311020401**
NOMBRE RUBRO.....: **REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS HSB**

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 416,267,333.00
PRESUPUESTO DISPONIBLE : 884,251,667.00
LDO DE APROPIACION : 1,300,519,000.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: VIVIANA FERNANDA MENESES ROMER.
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO.
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:
CONTRATACION DE DERSONAL ADMINISTRATIVO HSB

POR UN VALOR INICIAL DE : **733,605,250.00**
CON UN VALOR REINTEGRADO DE : **.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE : **733,605,250.00**
SETECIENTOS TREINTA Y TRES MILLONES SEISCIENTOS CINCO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 416,267,333.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
SPONIBILIDAD NETA : 150,646,417.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (90) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICION.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

ORIGINAL Fec-Imp: 2016/02/08 Hor-Imp: 08:57:46 Usu-Imp: admpre Ter: presup3 AAAA/MM: 2016-02 Dep: T05A cppcdi 4.1.3

actividades **3**) Designar al supervisor del contrato de prestación de servicios. **PARÁGRAFO PRIMERO**: Las partes de común acuerdo manifiestan que el contratista estará afiliado a una Entidad Administradora de Riesgos Laborales (ARL). **CLÁUSULA QUINTA- VALOR DEL CONTRATO:** El presente contrato de prestación de servicios tendrá un valor por concepto de honorarios de **UN MILLÓN TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE. ($1365000) CLÁUSULA SEXTA - FORMA DE PAGO E IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL:** LA SUBRED NORTE cancelará los honorarios del presente contrato mes vencido de acuerdo a las actividades desarrolladas, para lo cual el supervisor del contrato expedirá certificación de cumplimiento de las mismas y **El CONTRATISTA** deberá presentar copia de los comprobantes de pago a salud, pensión según la Ley. **PARÁGRAFO PRIMERO:** Los pagos se harán con cargo al presupuesto asignado a la vigencia fiscal del año dos mil dieciséis (2016), de conformidad con el certificado de disponibilidad presupuestal No. 3179 del 30 de junio de 2016 del rubro Contratación Servicios Asistenciales Generales - Código 321030501. **PARÁGRAFO SEGUNDO: El CONTRATISTA** responderá por el valor de la glosa que se genere por su culpa y/o responsabilidad, como consecuencia de las actividades contratadas y realizadas, la cual será descontada a favor de LA SUBRED NORTE sobre los honorarios y/o cualquier cuenta o saldo que exista a favor del **CONTRATISTA** al momento en que sea determinada por la auditoria interna, del Fondo Financiero Distrital de Salud y/o demás pagadores de LA SUBRED NORTE, en caso de ser insuficiente el saldo, este se compromete a pagar el excedente por este concepto. **CLÁUSULA SÉPTIMA - EXENCIÓN DE PAGO DE PRESTACIONES SOCIALES:** Este contrato no genera vínculo laboral alguno entre **LA SUBRED NORTE** y **El CONTRATISTA**, solo tendrá derecho a lo pactado en la cláusula cuarta de este contrato. **CLÁUSULA OCTAVO - DURACIÓN:** La duración de la presente orden será hasta el 31 de julio de dos mil dieciséis (2016). **PARAGRAFO PRIMERO:** Por razones de fuerza mayor, caso fortuito o voluntad propia, se podrá suspender temporalmente la ejecución del contrato, mediante un acta en donde conste tal evento, sin que para los efectos del plazo extintivo se compute el tiempo de suspensión. **PARAGRAFO SEGUNDO:** El presente contrato podrá prorrogarse por acuerdo entre las partes con antelación a la fecha de su expiración **CLÁUSULA NOVENA - SUPERVISIÓN DEL CONTRATO:** La Supervisión del contrato la ejercerá **LIDER SERVICIO DE ENFERMERIA** quien se obliga a: **1)** Velar que se cumpla el objeto contractual, observando calidad, eficiencia y eficacia de los servicios contratados. **2)** Informar al área Jurídica respecto a los incumplimientos de las obligaciones contractuales. **3)** Realizar un seguimiento a la ejecución del contrato, atendiendo la finalidad del mismo. **4)** Requerir el cumplimiento de las obligaciones contractuales. **5)** Expedir constancia de cumplimiento de actividades y servicios prestados. **6)** Recomendar la suscripción de órdenes adicionales o modificatorias, motivadamente. **7)** En caso de requerir conceptos jurídicos especializados, lo hará saber a la Oficina Jurídica. **8)** Estudiar las situaciones particulares e imprevistas presentadas en desarrollo del contrato y conceptuar al respecto manteniendo el equilibrio contractual. **9)** Las demás actividades propias que redunden en el cumplimiento del contrato. **CLÁUSULA DÉCIMA - CESIÓN Y SUBCONTRATACIÓN: El CONTRATISTA** no podrá subcontratar ni ceder este contrato de prestación de servicios a persona alguna natural ni jurídica, sin autorización previa y escrita de LA SUBRED NORTE. **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA - INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES: El CONTRATISTA** manifiesta bajo la gravedad de juramento, no hallarse incurso (a) en alguna causal de inhabilidad, e incompatibilidad, o conflicto de intereses consignados en los términos de Ley para suscribir la presente orden, el cual se entenderá prestado además con la firma de la presente orden. **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA. - PERFECCIONAMIENTO:** Para el perfeccionamiento del presente contrato se requiere de la firma de las partes. **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA. EJECUCIÓN:** Para la ejecución del presente contrato se requiere la existencia del registro presupuestal correspondiente. **CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA. AUSENCIA DE RELACIÓN LABORAL:** Por el presente contrato **El CONTRATISTA** no adquiere vínculo laboral alguno con LA SUBRED NORTE, y es el único responsable de la prestación del servicio. En consecuencia y de conformidad con lo regulado para el efecto por la legislación civil, no tendrá derecho a reconocimiento de ningún otro emolumento distinto al pago del valor determinado como honorarios. **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - INDEMNIDAD: El CONTRATISTA** se obliga para con **LA SUBRED NORTE** a salir al saneamiento directo y responsable por cualquier reclamación laboral, civil, penal, de responsabilidad civil extracontractual, y todas aquellas que se puedan derivar de la ejecución del presente contrato de prestación de servicios, por tanto LA SUBRED NORTE queda exonerado de toda responsabilidad judicial o extrajudicial en la ejecución del presente contrato. **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: DOCUMENTOS:** Forman parte integral del presente contrato los documentos técnicos y legales presentados por el **CONTRATISTA** y los requeridos por LA SUBRED NORTE. **CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA. CADUCIDAD, INTERPRETACIÓN UNILATERAL, MODIFICACIÓN UNILATERAL Y TERMINACIÓN UNILATERAL:** Se regirán por los preceptos contemplados en los Artículos 15, 16,

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión:	

129

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALFREDO ROJAS.	**No. CONTRATO 1300-2016**
CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 17.445.827	**CENTRO DE COSTO:** R09A
OBJETO DEL CONTRATO: MENSAJERÍA EN MOTO.	
DURACIÓN DEL CONTRATO: 6 MESES	**TOTAL HORAS CONTRATADAS:**
FECHA INICIO: AA 2016 **MES 02 DÍA** 01	**FECHA TERMINACIÓN: AA** 2016 **MES 07 DÍA 31**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $8´568.000	**VALOR EN EL MES:** $ 1.428.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01 al 31 de julio de 2016.	**TOTAL HORAS EN EL MES:**

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIÓ		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Entrega de correspondencia externa a diferentes entidades en zona Sur de la Ciudad	X		
2	Traslado entre Hospitales de medicamentos y/o materiales médicos en calidad de préstamo	X		
3	Trámites de Pagos y/o Consignaciones bancarias	X		
4				
5				
6				
7				

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C.C. 17.445.827 de Bogotá

BEATRIZ MORENO BENAVIDES
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
C.C. **35.499.501 de Suba**

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN:Julio 31 DE 2.016

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2016-07-21
FECHA LIMITE DE PAGO:	2016-07-18
FECHA DE PAGO:	2016-07-18
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2016-07
PERIODO SALUD:	2016-07
NUMERO PLANILLA:	8665377222
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8672695342
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 800	$ 86.200	$ 87.000
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.100	$ 110.313	$ 111.413
		Total a pagar		$ 1.900	$ 196.513	$ 198.413

Copia

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: GTH-CT-FO-007	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar Subred Norte E.S.E
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 1	

NOMBRES Y APELLIDOS: **LUÍS ALFREDO ROJAS**	No. ORDEN: **147 - 2016**
CÉDULA DE CIUDADANIA No. **17´445.827 DE GUAMAL**	CENTRO DE COSTO:
OBJETO DE LA ORDEN: **MENSAJERIA EN MOTO**	
DURACIÓN DE LA ORDEN: **UN (1) MES**	TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica):
FECHA INICIO: AA **2016** MES **08** DÍA **01**	FECHA TERMINACIÓN: AA **2016** MES **08** DÍA **31**
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: **1´428.000**	VALOR A PAGAR EN EL MES: **1´428.000**
PERIODO DE SUPERVISIÓN: **01 A 31 AGOSTO 2016**	TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica):

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	ENTREGA CORRESPONDENCIA EXTERNA A DIFERENTES DESTINATARIOS EN LA ZONA SUR DE LA CIUDAD	X		
2	TRASLADO ENTRE HOSPITALES DE MEDICAMENTOS Y/O MATERIALES MÉDICOS EN CALIDAD DE PRÉSTAMO	X		
3	TRAMITES DE PAGOS Y/O CONSIGNACIONES BANCARIAS	X		
4				
5				
6				
7				

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C 17 445 827

DRA. LUISA FERNANDA CASTILLO
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
CC 42 H 3053

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN **AGOSTO 25 DE 2.016**

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2016-08-18
FECHA LIMITE DE PAGO:	2016-08-17
FECHA DE PAGO:	2016-08-17
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2016-08
PERIODO SALUD:	2016-08
NUMERO PLANILLA:	8663897009
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8672695342
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.000	$ 86.200	$ 87.200
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.300	$ 110.313	$ 111.613
		Total a pagar		$ 2.300	$ 196.513	$ 198.813

PAGADO

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2016-08-25
FECHA LIMITE DE PAGO:	2016-08-25
FECHA DE PAGO:	2016-08-25
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2016-08
PERIODO SALUD:	2016-08
NUMERO PLANILLA:	8663564692
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8663564692
TIPO DE PLANILLA:	N1

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 600	$ 30.000	$ 30.600
			Total a pagar	$ 600	$ 30.000	$ 30.600

PAGADO

17448827

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E	SOLICITUD DE OTROSI AL CONTRATO/OPS	CODIGO: AJ-F-03-01
		VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E ASESORIA JURIDICA	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA: 01/08/2016

Fecha de Solicitud: d/m/a	2016/11/04	Fecha de Recepción: d/m/a	

ADICIÓN [ ] **PRORROGA** [x] **OTRO (*)** [ ]

VALOR [ ] **TIEMPO** 25 DIAS

DATOS DEL SOLICITANTE

No Contrato OPS	3943	CONTRATISTA:	ROJAS LUIS ALFREDO

OBJETO: Prestar los servicios como **MENSAJERO**, Dar cumplimiento al Acuerdo 060 de 2001 del Consejo Directivo del Archivo General de la Nación, por el cual se establecen pautas para la administración de las comunicaciones en las entidades oficiales y privadas que cumplen funciones públicas, desarrollando los procesos de producción, recepción, radicación, distribución, seguimiento, conservación y consulta de los documentos en la Subred Norte E.S.E., Unidad Prestadora de Servicios de Salud Simon Bolivar

VALOR INICIAL	CDP	FECHA CDP	CRP	FECHA CRP
1,666,000.00	1540	2016/09/30	23885	2016/10/01

FECHA INICIO 2016/10/01 **FECHA TERMINACIÓN** 2016/11/05

*** DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN**

PRORROGAR (25) DIAS AL CONTRATO No 3943 DE 2016

JUSTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN

TENIENDO EN CUENTA QUE EL CONTRATO SE HA EJECUTADO EN UN 86% DEL VALOR TOTAL, SE REQUIERE PRORROGAR EL CONTRATO No 3943 DE 2016 CON EL FIN DE GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LAS NECESIDADES DEL SERVICIO DE **GESTION DOCUMENTAL**, COMO **MENSAJERO**

ADICIONES		VALOR ADICIONADO		CDP	FECHA CDP	CRP		FECHA CRP
Adición No 1		0						
Adición No 2		0						
Adición No 3		0						

PRORROGAS		TIEMPO PRORROGADO		REINTEGROS	VALOR REINTEGRADO
Prorroga No 1					
Prorroga No 2					
Prorroga No 3					

BALANCE FINANCIERO

VALOR. CONTRATADO	$	1,666,000.00
VALOR. EJECUTADO	$	1,428,000.00
TOTAL GLOSA		
SALDO CONTRATO	$	2,380,000.00
% EJECUCIÓN		86%

Firmas		Firma del responsable del área o centro de atención: LUISA FERNANDA CASTILLO RODRIGUEZ	
		VoBo. Subgerente Administrativo y Financiero y/o Servicios: DIANA ELIZABETH CARVAJAL MARTINEZ	
		Firma Gerente: YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ	

17.445.827

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	SOLICITUD DE OTROSI AL CONTRATO/OPS	CODIGO: AJ-F-03-01
		VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E ASESORIA JURIDICA	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA: 01/08/2016

Fecha de Solicitud: d/m/a	18/11/2016	Fecha de Recepción: d/m/a	

ADICIÓN [X] **PRORROGA** [ ] **OTRO (*)** [ ]

VALOR $ 1.190.000,00 **TIEMPO**

DATOS DEL SOLICITANTE

No Contrato OPS	3943	CONTRATISTA:	ROJAS LUIS ALFREDO CC: 17445827

OBJETO:	Prestar los servicios como **MENSAJERO**, Dar cumplimiento al Acuerdo 060 de 2001 del Consejo Directivo del Archivo General de la Nación, por el cual se establecen pautas para la administración de las comunicaciones en las entidades oficiales y privadas que cumplen funciones públicas, desarrollando los procesos de producción, recepción, radicación, distribución, seguimiento, conservación y consulta de los documentos en la Subred Norte E.S.E., Unidad Prestadora de Servicios de Salud Simon Bolivar

VALOR INICIAL	CDP	FECHA CDP	CRP	FECHA CRP
$ 1.666.000,00	1540	30/09/2016	23885	01/10/2016

FECHA INICIO 01/10/2016 **FECHA TERMINACIÓN** 30/11/2016

*** DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN**

ADICIONAR EN (25) DIAS POR UN VALOR DE UN MILLON CIENTO NOVENTA MIL PESOS $ 1.190.000 AL CONTRATO No 3943 DE 2016

JUSTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN

TENIENDO EN CUENTA QUE EL CONTRATO SE HA EJECUTADO EN UN 86% DEL VALOR TOTAL, SE REQUIERE PRORROGAR EL CONTRATO No 3943 DE 2016 CON EL FIN DE GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LAS NECESIDADES DEL SERVICIO DE **GESTION DOCUMENTAL**, COMO **MENSAJERO**

ADICIÓNES		VALOR ADICIONADO		CDP	FECHA CDP	CRP		FECHA CRP
Adición No 1		0						
Adición No 2		0						
Adición No 3		0						

PRORROGAS		TIEMPO PRORROGADO		REINTEGROS	VALOR REINTEGRADO
Prorroga No 1		25 DÍAS			
Prorroga No 2					
Prorroga No 3					

BALANCE FINANCIERO

VALOR. CONTRATADO	$	1.666.000,00
VALOR. EJECUTADO	$	1.428.000,00
TOTAL GLOSA		
SALDO CONTRATO	$	238.000,00
% EJECUCIÓN		86%

Firmas		**Firma del responsable del área o centro de atención:** **LUISA FERNANDA CASTILLO RODRIGUEZ**	
		VoBo. Subgerente Administrativo y Financiero y/o Servicios: ALVARO IGNACIO GUERRERO DEVIA	
		Firma Gerente: **YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ**	

17.445.827

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	SOLICITUD DE OTROSI AL CONTRATO/OPS	CODIGO: AJ-F-03-01
		VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E ASESORIA JURIDICA	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA: 01/08/2016

Fecha de Solicitud: d/m/a	30/11/2016	Fecha de Recepción: d/m/a	

ADICIÓN [X] **PRORROGA** [X] **OTRO (*)** [ ]

VALOR $ 1.428.000,00 **TIEMPO** 1 MES

DATOS DEL SOLICITANTE

No Contrato OPS	3943	CONTRATISTA:	ROJAS LUIS ALFREDO CC: 17445827

OBJETO:	Prestar los servicios como **MENSAJERO**, Dar cumplimiento al Acuerdo 060 de 2001 del Consejo Directivo del Archivo General de la Nación, por el cual se establecen pautas para la administración de las comunicaciones en las entidades oficiales y privadas que cumplen funciones públicas, desarrollando los procesos de producción, recepción, radicación, distribución, seguimiento, conservación y consulta de los documentos en la Subred Norte E.S.E., Unidad Prestadora de Servicios de Salud Simon Bolivar

VALOR INICIAL	CDP	FECHA CDP	CRP	FECHA CRP
$ 1.666.000,00	1540	30/09/2016	23885	01/10/2016

FECHA INICIO 01/10/2016 **FECHA TERMINACIÓN** 30/11/2016

*** DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN**

ADICIONAR Y PRORROGAR EN (30) DIAS POR UN VALOR DE $ 1.428.000 AL CONTRATO No 3943 DE 2016

JUSTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN

TENIENDO EN CUENTA QUE EL CONTRATO SE HA EJECUTADO EN UN 100% DEL VALOR TOTAL, SE REQUIERE ADICIONAR PRORROGAR EL CONTRATO No 3943 DE 2016 CON EL FIN DE GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LAS NECESIDADES DEL SERVICIO DE **GESTION DOCUMENTAL**, COMO **MENSAJERO**

ADICIÓNES		VALOR ADICIONADO		CDP	FECHA CDP	CRP		FECHA CRP
Adición No 1		$ 1.190.000,00						
Adición No 2		0						
dición No 3		0						

PRORROGAS		TIEMPO PRORROGADO		REINTEGROS	VALOR REINTEGRADO
Prorroga No 1		25 DÍAS			
Prorroga No 2					
Prorroga No 3					

BALANCE FINANCIERO

VALOR. CONTRATADO	$	2.856.000,00
VALOR. EJECUTADO	$	2.856.000,00
TOTAL GLOSA		
SALDO CONTRATO		
% EJECUCIÓN		100%

Firmas		Firma del responsable del área o centro de atención: LUISA FERNANDA CASTILLO RODRIGUEZ	
		VoBo. Subgerente Administrativo y Financiero y/o Servicios: ALVARO IGNACIO GUERRERO DEVIA	
		Firma Gerente: YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ	

COMUNICA ACTUACION PROCESAL RAD 2018-00596-01

Secretaría Sección 02 SubSección 05 Tribunal Administrativo - Cundinamarca <scs02sb05tadmincdm01@notificacionesrj.gov.co>

Jue 17/08/2023 11:36 AM

Para:Recepción Memoriales Sección 02 SubSección E Tribunal Administrativo - Cundinamarca <rmemorialessec02setadmcun@cendoj.ramajudicial.gov.co>

4 archivos adjuntos (9 MB)

11001333502820180059601_40_40_11001333502820180059601 1AUTOORDENAREI20230814083705_TA133365040153484022.pdf; 2014.pdf; 2015.pdf; 2016.pdf;

De: *XIMENA Quintero <ximena.subrednorte@gmail.com>*
Enviado: jueves, 17 de agosto de 2023 11:27 a. m.
Para: Secretaría Sección 02 SubSección 05 Tribunal Administrativo - Cundinamarca <scs02sb05tadmincdm01@notificacionesrj.gov.co>
Asunto: Fwd: COMUNICA ACTUACION PROCESAL RAD 2018-00596-01

Buen dia realizando trámite al auto de la referencia ,queremos aclarar a este tribunal que aunque hemos tenido toda la disposición de aportar la información solicitada , la entidada no está obligada a lo imposible por ende lo registrado a nivel de archivo central en el expediente es lo que se aporta sin embargo para dejar trazabilidad que no se está mintiendo se anexa el expediente solicitado y de donde se extrajo la información ya allegada.

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Este correo electrónico contiene información de la Rama Judicial de Colombia. Si no es el destinatario de este correo y lo recibió por error comuníquelo de inmediato, respondiendo al remitente y eliminando cualquier copia que pueda tener del mismo. Si no es el destinatario, no podrá usar su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si es el destinatario, le corresponde mantener reserva en general sobre la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita. Antes de imprimir este correo, considere si es realmente necesario hacerlo, recuerde que puede guardarlo como un archivo digital.

1. ÁREA GRUPO FUNCIONAL DE GESTION HUMANA 2. CENTRO DE COSTO R01A

3. JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD: se requiere bachiller con conocimiento de direcciones en Bogotá y manejo de moto.

4. COMPETENCIAS	4.1 Educación: (Estudios que se requieren) Bachiller.
	4.2 Objeto de la Orden: Correspondencia en moto.
	4.3 Experiencia: (Señale la experiencia requerida en tiempo para desarrollar las actividades). Experiencia un año.
	4.4 .Equivalencias entre estudios y experiencia: (Exprese las posibles equivalencias que homologuen estudios por experiencia) N/A
	4.5 Formación: (Relacione las capacidades y conocimientos específicos) N/A
	4.6 Entrenamiento: (Relacione en detalle los conocimientos específicos que son importantes para el desarrollo de las actividades a contratar) N/A
	4.7 N/A
5 ACTIVIDA	
	5.2 N/A
	5.3 Actividades que tiene que supervisar: (Especificar si debe ser supervisor de actividades desarrolladas por personal del hospital o por actividades contratadas por terceros para realizar una actividad o un suministro) N/A
	5.4 Responsabilidad: Cumplimiento a cabalidad de las obligaciones contractuales.

Hospital Simón Bolívar	REQUISICIÓN DE PERSONAL ORDEN DE SUMINISTRO DE SERVICIO	Código: GTH-FO-295-002	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 2	

6. FIRMAS

Firma/ Nombre / Cargo Solicitante	Firma/ Nombre / Cargo Vo Bo. – Subgerencia	Firma/ Nombre Subgerencia Administrativa
NONBRE: **ALFREDO PLAZAS FORERO.** CARGO: LÍDER CORRESPONDENCIA FIRMA	NOMBRE CARGO FIRMA	NOMBRE **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ.** FIRMA

7. VALOR $

8. V.B. GERENCIA

9. RADICACIÓN DE LA SOLICITUD AL ÁREA DE CONTRATACIÓN

9.1 Nombres y Apellidos de quien entrega _____

9.2 FIRMA _____

9.3 Fecha de Recibido _____

9.4 Nombres y Apellidos de quien recibe _____

9.5 FIRMA _____

Estudios

Estudios Secundarios: Colegio de los Andes
Bogotá - 1995

Estudios Primarios: Jose C. Sanchez
Guamal - 1980

Experiencia Laboral

HOSPITAL SIMON BOLIVAR

Cargo: Mensajero
JEFE INMEDIATO: Alfredo Plazas
TELEFONO: 526 12 62
28 meses

PARQUEADERO EL TRANVIA

CARGO: Administrador
JEFE INMEDIATO: Luis Patiño
TELEFONO: 345 49 96
20 meses

INVERSIONES MASEAN LTDA

CARGO: Administrador
JEFE INMEDIATO: Libardo Niño Velandia
TELEFONO: 245 23 13
3 meses

Referencias Familiares

MARIA EVIDALIA SANCHEZ
Secretária
Teléfono: 311 242 66 96

REINEL SUAREZ
Teléfono: 316 534 05 51

Referencias Personales

DIVA YANETH ROMERO
Profesora
Teléfono: 415 42 65

ANA MARIA MANOZALVA
Secretária
Teléfono: 783 57 33

LUIS ALFREDO ROJAS
C.C.No. 17.445.827 de Guamal (Meta)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Simón Bolivar	X		

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	alfredollanero-2012@hotmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2980664 3107504890	DÍA 13 MES 08 AÑO 2012	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Mensajero (Moto)	Correspondencia	calle 165 N°-7-06.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Parqueadero El tranvia		X	

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	alfredollanero-2012@hotmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
345-49-96	DÍA 15 MES 01 AÑO 2010	DÍA 30 MES 09 AÑO 2011

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Varios etc.	Parqueadero	Cra 23 AN-53A15

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Inversiones Maseao Ltda.		X	

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	alfredollanero-2012@hotmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
245-23-13	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Servicios Generales	Planta	calle 48 13-23

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 64996273

OSF
11:05:43
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 03 de diciembre del 2014

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LUIS ALFREDO ROJAS identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 17445827:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

DERECHOS y DEBERES Individuo y Sociedad **Personería de Bogotá, D.C.**

CERTIFICADO ORDINARIO VIA WEB
No. 615395
Pag. 1 de 1

Bogotá, D.C., 3-12-2014

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor (a) ROJAS LUIS ALFREDO, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. DIECISIETE MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS VENTISIETE de GUAMAL

17445827

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

El certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reportan las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 -Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.
CERTIFICADO EXPEDIDO SIN COSTO ALGUNO

OMAR ROBERTO GÓMEZ BARRERA
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

Este certificado está firmado digitalmente, si requiere verificar su autenticidad comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

EL CONTRALOR DELEGADO PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 3 de diciembre de 2014, a las 11:17:13, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	17.445.827
Código de Verificación	1291591392014

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

SILVANO GÓMEZ STRAUCH

Digitó y Revisó: Vía Web

JMMC

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.

SIBOR

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 03/12/2014 a las 11:15:18 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 17445827 y Nombres: ROJAS LUIS ALFREDO

ACTUALMENTE NO ES REQUERIDO POR AUTORIDAD JUDICIAL ALGUNA

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional de Colombia.**
Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

Volver al Inicio

Solicitudes, Quejas, Reclamos

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 N° 26-21, CAN, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:am a 12pm y 2pm a 5pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 600
FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

Todos los derechos reservados 2011.

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Rojas		Luis Alfredo

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 17445827 — SEXO: F ( ) M (X) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: ____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO 17445827 D.M 55

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 01 MES 01 AÑO 1967

PAÍS: Colombia

DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Bogotá

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 22 TN-102-05

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Bogotá

TELÉFONO 2980664 EMAIL alfredollanera-2012@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11
										X

TÍTULO OBTENIDO: Bachiller

FECHA DE GRADO: MES 11 AÑO 1995

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	9	28
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	24
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	14	168
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	18	220

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI (X) NO ( ) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Diciembre - 04 - 2014

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: SI ☐ 1 NO ☐ 2 tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. ☐ 1 C.E. ☐ 2 T.I. ☐ 3	Nº

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotá 12-04-2014
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre

El Colegio de Los Andes

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.E.
según Resolución No. 002236 del 26 de julio de 1989

confiere a:

Luis Alfredo Rojas

C.C. 17.445.827 de Guamal (Meta)

Certificado de Estudios

de Bachillerato Básico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Básica Secundaria, que lo habilita plenamente para ingresar a la Educación Media o al Servicio Especial de Educación Laboral.

COLEGIO DE LOS ANDES FONTIBON

COLEGIO DE LOS ANDES — RECTORIA

Rector

COLEGIO DE LOS ANDES — SECRETARIA

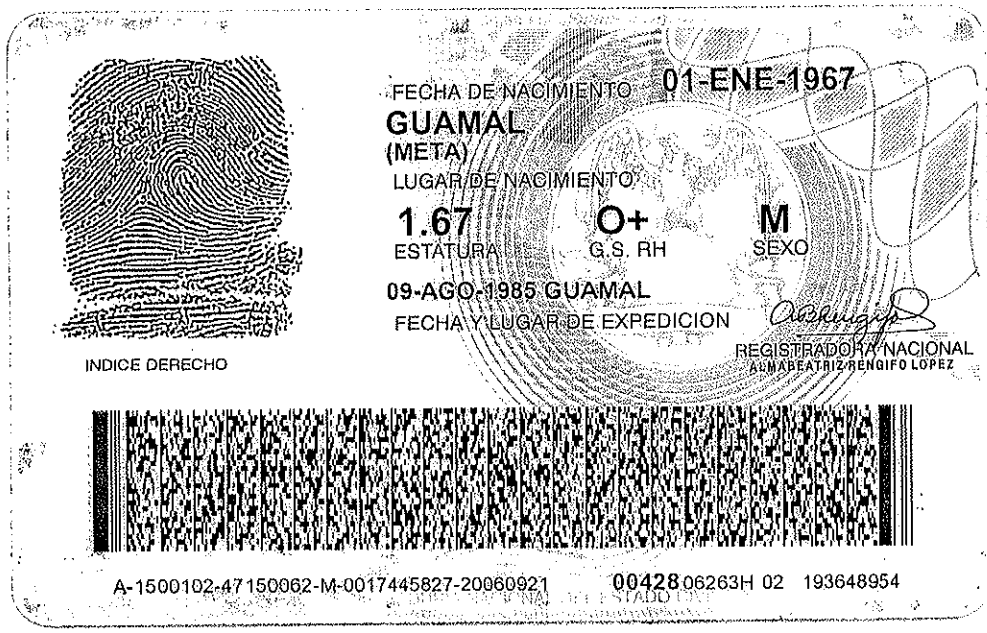
Secretario

Anotado al Folio 01 del Libro para Control Interno de Diplomas No. 02

Dado en Santafé de Bogotá, D. C. a 23 de Noviembre de 1995

Decreto 1860 del 3 de agosto de 1994, Artículo 11; M.E.N.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 17.445.827
ROJAS
APELLIDOS
LUIS ALFREDO
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 01-ENE-1967
GUAMAL
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
09-AGO-1985 GUAMAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
A-1500102-47150062-M-0017445827-20060921
00428 06263H 02 193648954

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

17445827

PERTENECE AL EJERCITO DE

1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
31 - DIC. 97	31 - DIC. 07	31 - DIC. 17

APELLIDOS Y NOMBRES

ROJAS

LUIS ALFREDO

UM BISER ESP. MIL FUSILERO

PROFESION EMPLEADO



17

E.P.S. SANITAS

CE-008 - 0000000100 - 2014

CERTIFICAMOS

que las personas relacionadas a continuacion, estan o han estado afiliadas a nuestra **E.P.S. SANITAS:**

Tipo afiliado *	Nombres	Tipo de documento	No. documento	Fecha de afiliacion EPS	Semanas cotizadas SGSSS	Semanas de antiguedad SGSSS	Estado Afiliacion	Fecha de la novedad y Motivo	Motivo de Retiro
CI	LUIS_ALFREDO ROJAS	C	17445827	01/05/1999	773	1133	Activo		

* cotizante independiente (CI), cotizante dependiente (CD), pensionado (CP), mixto (MI), amparado(B.Amp), adicional (B.Adic)

Los usuarios marcados con motivo **M3**, fueron desafiliados por mora superior a tres (3) meses
Los usuarios marcados con motivo **DC**, fueron desafiliados por documentacion incompleta

La presente se expide a USUARIO
en BOGOTA a los 05 dias del mes de Diciembre de 2014

Cordialmente,

E.P.S. SANITAS

CENTRO DE ATENCION AL USUARIO

NOTA : ESTA CERTIFICACION NO CONSTITUYE APROBACION DE TRASLADO, NI ES DOCUMENTO VALIDO PARA SOLICITAR SERVICIOS MEDICOS.

R.V. Luisa Fernanda Lopez Molina

Expedido en la oficina BOGOTA PALERMO

18

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **LUIS ALFREDO ROJAS**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **17,445,827**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 05 días del mes de Diciembre de 2014.

Gerente de Clientes

~~78~~ OR: 19

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

Espacio reservado para la DIAN

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 14267276014

(415)7707212469984(8020) 000001426727601 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1744582 7 – 6

6. DV

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá 32

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de ciudadanía 13	1744582 7	19850809

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Meta 50	Guamal 318

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OJAS		LUIS	ALFREDO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección: CL 22 J 102 05

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
alfredollanero-2012@hotmail.com	0	2980664	3144209825

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
5320	20120813	8299	20120813					

Responsabilidades

53. Código: 1 2

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código:

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI NO X

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 20131210

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponden exactamente a la realidad; por lo anterior, cualquier falsedad en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: MEJIA ARAQUE ESTER

985. Cargo: Punto de Contacto Presencial

Fecha generación documento PDF: 10-12-2013 04:28:03PM

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.0912

SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR E.S.E Y ROJAS LUIS ALFREDO

OBJETO: MENSAJERO EXTERNO CON MOTO.

FECHA DE INICIO: 02 DE ENERO DE 2015

PLAZO DE EJECUCION: 31 DE ENERO DE 2015

VALOR CONTRATO: $ 1300000

En Bogotá, a los 02 días del mes de enero, se reunieron los abajo firmantes, con el fin de suscribir el **ACTA DE INICIO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS** No.0912, celebrado entre las partes con el fin de dejar constancia que el día de hoy se da inicio a la ejecución del objeto contractual por parte del contratista y que según el plazo señalado en el contrato la ejecución deberá concluirse antes del 31 de Enero de 2015.

La presente acta forma parte del contrato por lo cual se anexará al expediente del mismo.

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta, por los que en ella intervienen, en Bogotá D.C.,

SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

EL CONTRATISTA

CLASE DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS
CONTRATO: AdAG – 0912 - 2015.
CONTRATISTA: ROJAS LUIS ALFREDO **CC. 17445827**
PLAZO EJECUCIÓN: HASTA EL 31 DE ENERO DE 2015, CONTADOS A PARTIR DEL 02 ENERO DEL 2015.
VALOR: ($1.300.000.oo), Un millón trescientos mil pesos

Entre los suscritos a saber, **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No.51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolucion No. 0165 del 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012 bajo el acta No. 2025 en el ejercicio del Cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., con Nit No. 800196433-9, categoría especial de Entidad Pública descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien esta debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el proveedor de servicios y celebrar contratos de prestacion de servicios de apoyo a la gestion de servicios técnicos y profesionales que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E**, según resolución No.0171 de fecha 18 de mayo de 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina **EL HOSPITAL**, por una parte y por la otra **ROJAS LUIS ALFREDO** Mayor de edad y vecino (a) de esta ciudad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 17445827 quien actúa en su propio nombre y representación y para los efectos legales se denominará **EL CONTRATISTA**, quien declara **BAJO JURAMENTO**, no encontrarse dentro de los causales de INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD consagradas en la Constitución y la Ley, hemos convenido celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. AdAG – 0912 – 2015** a través de la modalidad de **CONTRATACIÓN DIRECTA** con certificado de disponibilidad presupuestal **No.** , el cual se rige por las disposiciones de derecho privado, consagrados en el numeral 6º del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio, y en el Código Civil en lo que tiene que ver con la materia y las demás normas concordantes y/o complementarias, y en especial por las cláusulas que continuación se establecen, previa las siguientes **CONSIDERACIONES: 1)** Que el Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E., para la correcta prestación del servicio de salud, requiere contratar los servicios profesionales referenciados, según justificación de la necesidad descrita en la requisición del área. **2)** Que en la planta de personal del Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E., no se cuenta con personal suficiente para atender las actividades cuya ejecución se plasma en éste contrato, circunstancia de la que se deja constancia en el expediente del contrato en cumplimiento de lo prescrito por el artículo 32 de la Ley 80 de 1.993. **3)** Que el presente contrato se celebra con **EL CONTRATISTA**, considerando su experiencia e idoneidad para cumplir las obligaciones contractuales y el objeto del contrato, de lo que se deja constancia en el expediente contractual. Por lo anterior, las partes acuerdan: **CLAUSULA PRIMERA.- OBJETO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS COMO MENSAJERO EXTERNO CON MOTO. CLAUSULA SEGUNDA.- ACTIVIDADES O EVENTOS:** 1) Mensajería con moto. **PARAGRAFO.-** Forma parte integral del presente contrato la requisición del personal de orden de suministro del servicio entregado por parte del supervisor. **CLAUSULA TERCERA.- OBLIGACIONES DE LAS PARTES: 1) Del Contratista: a)** Cumplir las actividades o eventos propias del objeto contractual en ejecución; **b)** Velar y responder por los recursos y darle adecuado funcionamiento a los equipos de su especialidad o bienes e inmuebles de EL HOSPITAL entregados para la ejecución de las actividades propias del acto; **c)** Atender de manera oportuna y eficaz, los llamados y requerimientos realizados por EL HOSPITAL, cuando se presenten situaciones que así lo ameriten; **d)** Presentar oportunamente y en forma periódica los informes que se requieran en cumplimiento del objeto contratado; **e)** Cumplir con el pago de la seguridad social de acuerdo con las normas legales vigentes; **f)** Portar en lugar visible, el carné que lo identifica como Contratista del HOSPITAL; **g)** Dar cumplimiento a las directrices impartidas por la entidad respecto al MECI gestión integral de calidad, **h).** Custodiar y cuidar la documentación que por razón de su actividad conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso, sin que pueda reproducirla, divulgarla o publicarla en cualquier medio; **i)** Cobrar oportunamente los honorarios que se generen en ejecución de este contrato; **j)** Asistir a los comités y/o reuniones convocadas por cualquier dependencia de la entidad, cuyo tema a tratar tenga incidencia directa con el objeto del contrato en ejecución que permita su cumplimiento y/o la buena gestión del servicio; **k)** Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que

por cualquier otra circunstancia deba conocer o a la que tenga acceso y responderá patrimonialmente por los perjuicios que su divulgación y/o utilización indebida por sí o por un tercero, cause a la administración o a terceros; **l)** Firmar el contrato y sus respectivas prórrogas y/o adiciones, previa notificación del supervisor por parte del Grupo Funcional de Contratación; **m)** Suscribir las respectivas pólizas, si así se requiere; **n)** Dar por terminado su contrato de prestación de servicios conforme al procedimiento establecido por EL HOSPITAL, para tal evento; **ñ)** Notificar, avisar, advertir al Supervisor del Contrato sobre las situaciones o eventos que cambien el curso normal del contrato a efectos de evitar la suspensión o parálisis del servicio, esto es: suspensiones, reinicio de actividades, terminaciones unilaterales o bilaterales del contrato y las demás que se presenten; **o)** Cumplir con la programación del servicio según lo establezca la entidad. **2) Del Hospital: a)** Pagar la contraprestación pactada previa certificación del supervisor; de actividades; **b)** Suministrar información y el apoyo necesario para el desarrollo de las actividades del contrato; **c)** Poner a disposición del contratista los medios adecuados para el desarrollo del contrato; **d)** Verificar que el contratista cumpla con las obligaciones contractuales conforme a lo pactado a través del supervisor delegado para tal fin; **e)** Elaborar en la oportunidad señalada en el contrato, las actas de inicio, supervisión y proyectar la de liquidación y/o terminación del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO**:- Las partes de común acuerdo manifiestan que el Contratista estará afiliado a una Entidad Administradora de Riesgos Profesionales ARP. **CLAUSULA CUARTA. VALOR Y FORMA DE PAGO**: Para todos los efectos legales, el valor del contrato es la suma de ($1.300.000.oo), Un millón trescientos mil pesos–m/te., de acuerdo a la programación que establezca la Entidad para garantizar la debida prestación del servicio, que pagará EL HOSPITAL previa presentación de los informes periódicos y constancia de pago al sistema de seguridad social y riesgos profesionales, de conformidad con la certificación de cumplimiento que para este efecto expida el supervisor. **CLAUSULA QUINTA.- TERMINO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**: El presente contrato se ejecutará hasta el 31 de enero de 2015 contado a partir de la fecha de su legalización, es decir una vez se registre en el presupuesto y se comprueben las garantías a las que haya lugar, fecha en la cual se suscribirá por EL CONTRATISTA, la respectiva acta de iniciación del contrato. **CLAUSULA SEXTA.- TÉRMINO DE DURACIÓN DEL CONTRATO:** El contrato tendrá como duración el término de ejecución y un mes más contados a partir de la fecha de legalización. **CLÁUSULA SEPTIMA.- LIQUIDACION**: Vencido el plazo de ejecución del presente contrato, el Grupo Funcional de Contratación, junto con el Supervisor del Contrato, procederán a preparar el acta de liquidación para la suscripción por las partes dentro del mes siguiente al vencimiento del término de ejecución, previsto en la cláusula cuarta de éste contrato, la liquidación se efectuará con sujeción a lo dispuesto por el artículo 60 de la Ley 80 de 1.993 y el artículo 11 de la Ley 1150 de 2.007. **CLAUSULA OCTAVA.- SUPERVISIÓN.** Será ejercida por LÍDER DE CORRESPONDENCIA quien se encargará de: 1.Verificar que el contrato se cumpla en los términos establecidos. 2. Informar al Jefe de la Oficina Asesora Jurídica cualquier incumplimiento en el que incurra el Contratista. 3. Elaborar con forme a los formatos establecidos y en apoyo con la Oficina del Grupo Funcional de Contratación la suscripción de las actas de iniciación, de cumplimiento parcial y de terminación así como la proyección del acta de liquidación del contrato para la firma de las partes. 4. Realizar los informes relacionados con la supervisión. **CLAUSULA NOVENA.- CADUCIDAD: EL HOSPITAL**, podrá declarar la caducidad administrativa del presente contrato mediante Acto Administrativo motivado, en caso de que se presenten las circunstancias previstas en el artículo 18 de la Ley 80 de 1993; ésta declaratoria deberá estar precedida de verificaciones e informes concretos del supervisor que evidencien el perjuicio que se deriva para EL HOSPITAL del incumplimiento del contratista. **CLAUSULA DECIMA.- TERMINACIÓN, INTERPRETACIÓN Y MODIFICACIÓN UNILATERAL**: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 80 de 1.993, numeral 2º, inciso 2º, a éste contrato se aplicarán las cláusulas excepcionales de terminación, interpretación y modificación unilateral en los términos y por las causales que se consagran en los artículos 15, 16 y 17 de la citada Ley. **CLAUSULA DÉCIMA PRIMERA.- PENAL PECUNIARIA**: En caso de incumplimiento definitivo de las obligaciones a cargo del contratista EL HOSPITAL, podrá hacer efectiva la cláusula penal pecuniaria en un monto equivalente al (10%) diez por ciento del valor total del contrato, como estimación anticipada y parcial de los perjuicios que se causen, sin perjuicio de que EL HOSPITAL pueda solicitar al contratista la totalidad del valor de los perjuicios causados en lo que exceda del valor de la cláusula penal pecuniaria. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA.- CLAUSULA COMPROMISORIA**: En caso de presentarse desavenencias y controversias durante la ejecución de este contrato, al igual que de su interpretación, se recurrirá en primera instancia al arreglo directo entre las partes, de no encontrarse solución a las diferencias se acudirá a los trámites prejudiciales contenidos en las normas vigentes y ante los organismos competentes. Requisitos de procedimiento que se deberán agotar previamente por las partes antes de acudir a la justicia ordinaria. **CLAUSULA DECIMA TERCERA.- MULTAS:** La entidad contratante, por resolución motivada, impondrá multa al contratista correspondiente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato, en caso de mora o incumplimiento parcial de las

obligaciones contractuales, mediante acto administrativo motivado previo requerimiento no acatado por el contratista. **CLAUSULA DECIMA CUARTA.- CESIÓN**: El Contratista no podrá ceder en todo o en parte el presente contrato sin la previa autorización escrita del HOSPITAL. **CLAUSULA DECIMA QUINTA.- AUTONOMÍA DEL CONTRATISTA**: Por tratarse de un contrato de prestación de servicios profesionales regido por las disposiciones legales privadas, además por las estipuladas en Ley 80 de 1993 y la Ley 1150 de 2.007, EL CONTRATISTA actuará con total autonomía, técnica y administrativa en el cumplimiento de las obligaciones que asume por el presente contrato y, en consecuencia, no contrae relación laboral alguna con EL HOSPITAL, razón por la cual, la única obligación de contraprestación económica DEL HOSPITAL para el Contratista, es la pactada en éste contrato. **CLAUSULA DECIMA SEXTA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** EL CONTRATISTA, declara bajo la gravedad del juramento, el que se entiende prestado con la suscripción del contrato, que no se encuentra incurso en ninguna causal de inhabilidad o incompatibilidad prevista en la Constitución o en la Ley, especialmente la Ley 80 de 1.993, para celebrar éste contrato. **CLAUSULA DÉCIMA SEPTIMA: DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE DEL CONTRATO:** Hacen parte integral del presente contrato, los siguientes documentos: **1)** Requisición por parte de la dependencia que tiene la necesidad; **2)** Certificado de disponibilidad presupuestal **3)** Registro Presupuestal; **4)** Formato Único Hoja de Vida persona natural debidamente diligenciada por el CONTRATISTA; **5)** Certificado de antecedentes judiciales, disciplinarios y fiscales; **6)** Certificado o constancia que acredite que el CONTRATISTA se encuentra afiliado al sistema de seguridad social integral (salud y pensión y/o autoliquidaciones mensuales); **7)** Hacen igualmente parte de este instrumento, todos los documentos de supervisión e informes sobre la gestión contractual que se produzcan a lo largo del término del contrato. **CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA.- RÉGIMEN APLICABLE:** Este contrato se regirá por las cláusulas en él establecidas y en lo señalado en el numeral 6º del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio y las normas que regulan la materia en el Código Civil. **CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA- PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION**: El presente contrato se entenderá perfeccionado con la firma de las partes contratantes, sólo podrá iniciar su ejecución una vez legalizado con la aprobación de la garantía otorgada, si así aplica, a favor del HOSPITAL y con el correspondiente registro presupuestal.

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los 02 Días del mes de Enero del 2015.

EL HOSPITAL.

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ.
Subgerente Administrativo.

Elaboró: Lady Correal Dávila
Revisó: José Henry Orozco Martínez

EL CONTRATISTA.

ROJAS LUIS ALFREDO
C.C 17445827

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Enero 21 de 2015 CRP. No. **129**

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2015 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: R09A GESTION DOCUMENTAL Y ARCH

CODIGO RUBRO.....: **1141114311020000000000004001**
CODIGO PRESUPUESTAL.....: **311020401**
NOMBRE RUBRO.....: **REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS HSB**

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 42

LA SUMA INICIAL DE : **1,300,000.00**
CON UN REINTEGRO DE : **.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE : **1,300,000.00**
UN MILLON TRESCIENTOS MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: MENSAJERO CON MOTO OPS 912.15
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 912.15
A NOMBRE DE: **ROJAS LUIS ALFREDO**
C.C. o NIT : **17445827**
OBJETO : ROJAS LUIS ALFREDO

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 21 DIAS DEL MES DE Enero DE 2015.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE DE MANEJO PRESUPUESTAL.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR Pag. 1 de 1

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Enero 21 de 2015 CAP. No. 1252

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **CERTIFICA**:

QUE UN COMPROMISO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 175 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2015 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: ROSA DESTION DOCUMENTAL Y ARCH

CODIGO RUBRO.....: **1141113110200000000001**
CODIGO PRESUPUESTAL.....: 31102001
NUMERO RUBRO.....: REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS HSB

APECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 42

LA SUMA INICIAL DE : 1.300.000.00
CON UN REINTEGRO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 1.300.000.00
UN MILLON TRESCIENTOS MIL PESOS CON 00/100 MNCTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: MENSAJERO CON MOTO OPS 912.15
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 912.15
A NOMBRE DE: **ROJAS LUIS ALFREDO**
C.C. o NIT : 1744858227
OBSERVACIONES : ROJAS LUIS ALFREDO

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 21 DIAS DEL MES DE Enero DE 2015.

ALVARO MILLIAN PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES SUBSTRACTIVAMENTE DE MANEJO PRESUPUESTAL.

ORIGINAL Fec-Imp: 2015/01/22 Hor-Imp: 10:41:01 Usu-Imp: adapre Ter: pressup2 MAAP/PM: 2015-01 Dep: ROSA cppcre 4.1.1

2 Supervisores Correspondencia

134

Hospital Simón Bolívar	**INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL**	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: PRUEBA	

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALFREDO ROJAS. **No. CONTRATO 0912-2015**
CÉDULA DE CIUDADANIA No; 17.445.827 **CENTRO DE COSTO:** R01A
OBJETO DEL CONTRATO: MENSAJERIA EN MOTO.
DURACIÓN DEL CONTRATO: 12 MESES **TOTAL HORAS CONTRATADAS:**
FECHA INICIO: AA 2015 **MES** 01 **DÍA** 01 **FECHA TERMINACIÓN:AA** 2015 **MES** 01 **DÍA** 31
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 1.300.000 **VALOR EN EL MES:** $ 1.300.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01-01 ENERO de 2015. **TOTAL HORAS EN EL MES:**

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Mensajería en Moto.	X		
2				
3				
4				
5				
6				
7				

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA	TOTAL X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C.C. 17.445.827

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Jhon Harold Bonilla Datory
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
C.C. 80.830.527

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN: ENERO 22 de 2015.

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O	0
NOM. DEPENDENCIA O	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2015-01-21
FECHA LIMITE DE PAGO:	2015-01-20
FECHA DE PAGO:	2015-01-20
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2015-01
PERIODO SALUD:	2015-01
NUMERO PLANILLA:	8693805068
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8672695342
TIPO DE PLANILLA:	I

PAGADO

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 800	$ 77.000	$ 77.800
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.000	$ 98.600	$ 99.600
		Total a pagar		$ 1.800	$ 175.600	$ 177.400

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

ADICIÓN No. 006 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1949 – 2015 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y ROJAS LUIS ALFREDO

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución Nº 0165 de fecha 17 de Mayo de 2012, posesionada el día 17 de Mayo de 2012, bajo el Acta Nº 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativa del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultada para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **ROJAS LUIS ALFREDO**, identificado(a) con la Cédula No. **17445827** hemos acordado celebrar la presente adición al **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1949 - 2015**, previa las siguientes consideraciones: 1) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 1949 - 2015 cuyo objeto es prestación de servicios como **MENSAJERO EXTERNO CON MOTO** del hospital. 2) De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014 por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la Institución, así las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de prestación de servicios. 3) Que la Ordenadora del gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta adición la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor de la orden del contrato de prestación de servicios N° 1949 de 2015 por el valor de **UN MILLÓN TRESCIENTOS SESENTA MIL PESOS M/CTE. ($1.360.000)** pagaderos en mensualidades de acuerdo a la programación que establezca la Entidad. **SEGUNDA:** Esta adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. **1704** de 2015, expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO.** Las cláusulas restantes de la orden del contrato de prestación de servicios N° 1949 de 2015 no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 01 días del mes de diciembre de 2015.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

ROJAS LUIS ALFREDO
Cédula No. 17445827

Elaboró: Lady Correal Dávila
Revisó: Dra. Marly Rocio Castellanos Sánchez

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

PRÓRROGA No. 006 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1949 – 2015 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y ROJAS LUIS ALFREDO

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución No 165 de fecha 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012, bajo el acta No 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativa del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoria especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultada para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios minimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **ROJAS LUIS ALFREDO**, identificado(a) con la Cédula No **17445827**, hemos acordado celebrar la presente prórroga al **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1949 - 2015**, previa las siguientes consideraciones: 1) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 1949 – 2015, cuyo objeto es prestación de servicios como **MENSAJERO EXTERNO CON MOTO** del hospital. 2) De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014, por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la Institución, así las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente prórroga con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de prestación de servicios. 3) Que la Ordenadora del gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta prórroga, la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Prorrogar el plazo de ejecución establecido en el contrato de prestación de servicios N° 1949 de 2015 hasta el 31 de diciembre de 2015. **SEGUNDA:** Las cláusulas restantes del contrato N° 1949 de 2015 no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 27 días del mes de noviembre de 2015.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

ROJAS LUIS ALFREDO
Cédula No. 17445827

Elaboró: Lady Correal Dávila
Revisó: Dra. Marly Rocio Castellanos Sánchez

5540

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Simón Bolívar

ADICIÓN No. 004 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1949 – 2015 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y ROJAS LUIS ALFREDO

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución N° 0165 de fecha 17 de Mayo de 2012, posesionada el dia 17 de Mayo de 2012, bajo el Acta N° 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativa del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultada para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el HOSPITAL, por una parte y por la otra **ROJAS LUIS ALFREDO**, identificado(a) con la Cédula No. **17445827** hemos acordado celebrar la presente adición al **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1949 - 2015**, previa las siguientes consideraciones: 1) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N.° 1949 - 2015 cuyo objeto es prestación de servicios como **MENSAJERO EXTERNO CON MOTO** del hospital. 2) De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014 por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la Institución, así las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de prestación de servicios. 3) Que la Ordenadora del gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta adición la cual se regirá por las siguientes cláusulas: PRIMERA: Adicionar el valor de la orden del contrato de prestación de servicios N° 1949 de 2015 por el valor de **UN MILLÓN TRESCIENTOS SESENTA MIL PESOS M/CTE. ($1'360.000)** pagaderos en mensualidades de acuerdo a la programación que establezca la Entidad. SEGUNDA: Esta adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. **1285** de 2015, expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial del HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO. Las cláusulas restantes de la orden del contrato de prestación de servicios N° 1949 de 2015 no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 01 días del mes de septiembre de 2015.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

Elaboró: Lady Correal Dávila
Revisó: Dra. Marly Rocio Castellanos Sánchez

EL CONTRATISTA

ROJAS LUIS ALFREDO
CC. 17445827

PRÓRROGA No. 004 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1949 – 2015 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y ROJAS LUIS ALFREDO

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución No 165 de fecha 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012, bajo el acta No 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativa del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultada para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el HOSPITAL, por una parte y por la otra **ROJAS LUIS ALFREDO**, identificado(a) con la Cédula No **17445827**, hemos acordado celebrar la presente prórroga al **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1949 - 2015**, previa las siguientes consideraciones: 1) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 1949 – 2015, cuyo objeto es prestación de servicios como **MENSAJERO EXTERNO CON MOTO** del hospital. 2) De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014, por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la Institución, así las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente prórroga con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de prestación de servicios. 3) Que la Ordenadora del gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta prórroga, la cual se regirá por las siguientes cláusulas: PRIMERA: Prorrogar el plazo de ejecución establecido en el contrato de prestación de servicios N° 1949 de 2015 hasta el 30 de septiembre de 2015. SEGUNDA: Las cláusulas restantes del contrato N° 1949 de 2015 no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 31 días del mes de agosto de 2015.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

EL CONTRATISTA

ROJAS LUIS ALFREDO
CC: 17445827

Elaboró: Lady Correal Dávila
Revisó: Dra. Marly Rocio Castellanos Sánchez

Hospital Simón Bolívar	**ACTA DE INICIO CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR III NIVEL E.S.E**	Código: GTH-FO-295-006	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 0	

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 1949

SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR E.S.E Y ROJAS LUIS ALFREDO

OBJETO: MENSAJERO EXTERNO CON MOTO

FECHA DE INICIO: 02 DE FEBRERO DE 2015

PLAZO DE EJECUCION: 30 DE ABRIL DE 2015

VALOR CONTRATO: CUATRO MILLONES OCHENTA MIL PESOS M/TE. ($4.080.000)

En Bogotá, a los 02 días del mes de febrero, se reunieron los abajo firmantes, con el fin de suscribir el **ACTA DE INICIO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS** No.1949, celebrado entre las partes con el fin de dejar constancia que el día de hoy se da inicio a la ejecución del objeto contractual por parte del contratista y que según el plazo señalado en el contrato la ejecución deberá concluirse antes del 30 de Abril de 2015.

La presente acta forma parte del contrato por lo cual se anexará al expediente del mismo.

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta, por los que en ella intervienen, en Bogotá D.C.,

SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

EL CONTRATISTA

CLASE DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS
CONTRATO: AdAG – 1949 - 2015
CONTRATISTA: ROJAS LUIS ALFREDO CC. 17445827
PLAZO EJECUCIÓN: HASTA EL 30 DE ABRIL DE 2015, CONTADOS A PARTIR DEL ACTA DE INICIO DEL CONTRATO
VALOR: CUATRO MILLONES OCHENTA MIL PESOS M/TE. ($4.080.000)

Entre los suscritos a saber, **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No.51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución No. 0165 del 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012 bajo el acta No. 2025 en el ejercicio del Cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., con Nit No. 800196433-9, categoría especial de Entidad Pública descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el proveedor de servicios y celebrar contratos de prestación de servicios de apoyo a la gestión de servicios técnicos y profesionales que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E, según resolución No.0171 de fecha 18 de mayo de 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina **EL HOSPITAL**, por una parte y por la otra **ROJAS LUIS ALFREDO** Mayor de edad y vecino (a) de esta ciudad, identificado (a) con cédula de ciudadanía número **17445827** quien actúa en su propio nombre y representación y para los efectos legales se denominará **EL CONTRATISTA;** hemos convenido celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. AdAG – 1949 – 2015** a través de la modalidad de **CONTRATACIÓN DIRECTA** con cargo a la disponibilidad presupuestal **No. 154,** el cual se rige por las disposiciones de derecho privado, consagrados en el numeral 6° del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio, y en el Código Civil en lo que tiene que ver con la materia y las demás normas concordantes y/o complementarias, y en especial por las cláusulas que a continuación se establecen, previa las siguientes **CONSIDERACIONES: 1)** Que el Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E., para la correcta prestación del servicio de salud, requiere contratar los servicios profesionales referenciados, según justificación de la necesidad descrita en la requisición del área. **2)** Que en la planta de personal del Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E., no se cuenta con personal suficiente para atender las actividades cuya ejecución se plasma en éste contrato, circunstancia de la que se deja constancia en el expediente del contrato en cumplimiento de lo prescrito por el artículo 32 de la Ley 80 de 1.993. **3)** Que el presente contrato se celebra con **EL CONTRATISTA**, considerando su experiencia e idoneidad para cumplir las obligaciones contractuales y el objeto del contrato, de lo que se deja constancia en el expediente contractual. Por lo anterior, las partes acuerdan: **CLAUSULA PRIMERA.- OBJETO**: **El objeto del presente contrato es la prestación de servicios como MENSAJERO EXTERNO CON MOTO. CLAUSULA SEGUNDA.- ACTIVIDADES O EVENTOS**: 1) Mensajería con moto. **CLAUSULA TERCERA.- OBLIGACIONES DE LAS PARTES**: **1) Del Contratista: a)** Cumplir las actividades o eventos propios del objeto contractual en ejecución. **b)** Velar y responder por los recursos y darle adecuado funcionamiento bienes, muebles e inmuebles de EL HOSPITAL entregados para la ejecución de las actividades propias del acto. **c)** Atender de manera oportuna y eficaz, los llamados y requerimientos realizados por EL HOSPITAL, cuando se presenten situaciones que así lo ameriten. **d)** Presentar oportunamente y en forma periódica los informes que se requieran en cumplimiento del objeto contratado. **e)** Cumplir con el pago de la seguridad social de acuerdo con las normas legales vigentes. **f)** Portar en lugar visible, el carné que lo identifica como Contratista del HOSPITAL. **g)** Dar cumplimiento a las directrices impartidas por la entidad respecto al MECI gestión integral de calidad. **h)** Custodiar y cuidar la documentación que por razón de su actividad conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso, sin que pueda reproducirla, divulgarla o publicarla en cualquier medio. **i)** Cobrar oportunamente los honorarios que se generen en ejecución de este contrato. **j)** Asistir a los comités y/o reuniones convocadas por cualquier dependencia de la entidad, cuyo tema a tratar tenga incidencia directa con el objeto del contrato en ejecución que permita su cumplimiento y/o la buena gestión del servicio. **k)** Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o a la que tenga acceso y responderá patrimonialmente por los perjuicios que su divulgación y/o utilización indebida por sí o por un tercero, cause a la administración o a terceros. **l)** Firmar el contrato y sus respectivas prórrogas y/o adiciones, previa notificación del supervisor por parte del Grupo Funcional de Contratación. **m)** Suscribir las respectivas pólizas, si así se requiere. **n)** Dar por terminado su contrato de prestación de servicios conforme al procedimiento establecido por EL HOSPITAL, para tal evento. **ñ)** Notificar, avisar, advertir al Supervisor del Contrato sobre las situaciones o eventos que cambien el curso normal del contrato a efectos de evitar la suspensión o parálisis del servicio, esto es: suspensiones, reinicio de actividades, terminaciones unilaterales o bilaterales del contrato y las demás que se presenten. **o)** Cumplir con la programación del servicio según lo establezca la entidad. **2) Del Hospital: a)** Pagar la contraprestación pactada previa certificación del supervisor; de actividades. **b)** Suministrar información y el apoyo necesario para el desarrollo de las

actividades del contrato. **c)** Poner a disposición del contratista los medios adecuados para el desarrollo del contrato. **d)** Verificar que el contratista cumpla con las obligaciones contractuales conforme a lo pactado a través del supervisor delegado para tal fin. **e)** Elaborar en la oportunidad señalada en el contrato, las actas de inicio, supervisión y proyectar la de liquidación y/o terminación del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO**:- Las partes de común acuerdo manifiestan que el Contratista estará afiliado a una Entidad Administradora de Riesgos Profesionales ARP. **CLAUSULA CUARTA.- VALOR Y FORMA DE PAGO**: Para todos los efectos legales, el valor del contrato es la suma de **CUATRO MILLONES OCHENTA MIL PESOS M/TE. ($4.080.000),** que se pagan en mensualidades de **UN MILLÓN TRESCIENTOS SESENTA MIL PESOS M/TE. ($1.360.000)** de acuerdo a la programación que establezca la Entidad para garantizar la debida prestación del servicio, que pagará EL HOSPITAL previa presentación de los informes periódicos y constancia de pago al sistema de seguridad social, de conformidad con la certificación de cumplimiento que para este efecto expida el supervisor. **CLAUSULA QUINTA.- DURACIÓN DEL CONTRATO:** El presente contrato se ejecutará hasta el 30 de abril de 2015 contado a partir de la fecha de su legalización, es decir una vez se registre en el presupuesto y se comprueben las garantías a las que haya lugar, fecha en la cual se suscribirá por EL CONTRATISTA, la respectiva acta de iniciación del contrato. **CLÁUSULA SEXTA.- LIQUIDACION**: Vencido el plazo de ejecución del presente contrato, el Grupo Funcional de Contratación, junto con el Supervisor del Contrato, procederán a preparar el acta de liquidación para la suscripción por las partes dentro del mes siguiente al vencimiento del término de ejecución, previsto en la cláusula cuarta de éste contrato, la liquidación se efectuará con sujeción a lo dispuesto por el artículo 60 de la Ley 80 de 1.993 y el artículo 11 de la Ley 1150 de 2.007. **CLAUSULA SÉPTIMA.- SUPERVISIÓN:** La supervisión del presente contrato será ejercida por el hospital, quien delega dicha facultad en **LÍDER DE CORRESPONDENCIA** quien se encargará de: **1)** Verificar que el contrato se cumpla en los términos establecidos. **2)** Informar al jefe oficina de contratación cualquier modificación a las condiciones o clausulas contenidas en este contrato. **3)** Informar al Jefe de la Oficina Asesora Jurídica cualquier incumplimiento en el que incurra el Contratista. **4)** Elaborar conforme a los formatos establecidos y en apoyo con la Oficina del Grupo Funcional de Contratación la suscripción de las actas de iniciación, de cumplimiento parcial y de terminación así como la proyección del acta de liquidación del contrato para la firma de las partes. **5)** Realizar los informes relacionados con la supervisión. **CLAUSULA OCTAVA.- CADUCIDAD: EL HOSPITAL**, podrá declarar la caducidad administrativa del presente contrato mediante Acto Administrativo motivado, en caso de que se presenten las circunstancias previstas en el artículo 18 de la Ley 80 de 1993; ésta declaratoria deberá estar precedida de verificaciones e informes concretos del supervisor que evidencien el perjuicio que se deriva para EL HOSPITAL del incumplimiento del contratista. **CLAUSULA NOVENA.- TERMINACIÓN, INTERPRETACIÓN Y MODIFICACIÓN UNILATERAL**: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 80 de 1.993, numeral 2º, inciso 2º, a éste contrato se aplicarán las cláusulas excepcionales de terminación, interpretación y modificación unilateral en los términos y por las causales que se consagran en los artículos 15, 16 y 17 de la citada Ley. **CLAUSULA DÉCIMA.- MULTAS:** La entidad contratante, por resolución motivada, impondrá multa al contratista correspondiente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato, en caso de mora o incumplimiento parcial de las obligaciones contractuales, mediante acto administrativo motivado previo requerimiento no acatado por el contratista. **CLAUSULA DECIMA PRIMERA.- PENAL PECUNIARIA**: En caso de incumplimiento definitivo de las obligaciones a cargo del contratista EL HOSPITAL, podrá hacer efectiva la cláusula penal pecuniaria en un monto equivalente al (10%) diez por ciento del valor total del contrato, como estimación anticipada y parcial de los perjuicios que se causen, sin perjuicio de que EL HOSPITAL pueda solicitar al contratista la totalidad del valor de los perjuicios causados en lo que exceda del valor de la cláusula penal pecuniaria. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA.- CLAUSULA COMPROMISORIA**: En caso de presentarse desavenencias y controversias durante la ejecución de este contrato, al igual que de su interpretación, se recurrirá en primera instancia al arreglo directo entre las partes, de no encontrarse solución a las diferencias se acudirá a los trámites prejudiciales contenidos en las normas vigentes y ante los organismos competentes. Requisitos de procedimiento que se deberán agotar previamente por las partes antes de acudir a la justicia ordinaria. **CLAUSULA DECIMA TERCERA.- CESIÓN**: El Contratista no podrá ceder en todo o en parte el presente contrato sin la previa autorización escrita del HOSPITAL. **CLAUSULA DECIMA CUARTA.- AUTONOMÍA DEL CONTRATISTA**: Por tratarse de un contrato de prestación de servicios profesionales regido por las disposiciones legales privadas, además por las estipuladas en Ley 80 de 1993 y la Ley 1150 de 2.007, EL CONTRATISTA actuará con total autonomía, técnica y administrativa en el cumplimiento de las obligaciones que asume por el presente contrato y, en consecuencia, no contrae relación laboral alguna con EL HOSPITAL, razón por la cual, la única obligación de contraprestación económica DEL HOSPITAL para el Contratista, es la pactada en éste contrato. **CLAUSULA DECIMA QUINTA.- INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** EL CONTRATISTA, declara bajo la gravedad del juramento, el que se entiende prestado con la suscripción del contrato, que no se encuentra incurso en ninguna causal de inhabilidad o incompatibilidad prevista en la Constitución o en la Ley, especialmente la Ley 80 de 1.993, para celebrar éste contrato. **CLAUSULA DÉCIMA SEXTA.- DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE DEL CONTRATO:** Hacen parte integral del presente contrato, los siguientes documentos: **1)** Requisición por parte de la dependencia que tiene la necesidad. **2)** Certificados de Disponibilidad y Registro Presupuestal. **3)** Formato Único Hoja de Vida persona natural debidamente diligenciada por el CONTRATISTA. **4)** Certificado de antecedentes judiciales, disciplinarios y fiscales. **5)** Certificado o constancia que acredite que el CONTRATISTA se encuentra afiliado al sistema de seguridad social integral

(salud y pensión y/o autoliquidaciones mensuales). **6)** Acta de inicio de contrato. **7)** Hacen igualmente parte de este instrumento, todos los documentos de supervisión e informes sobre la gestión contractual que se produzcan a lo largo del término del contrato. **CLAUSULA DÉCIMA SEPTIMA.- RÉGIMEN APLICABLE:** Este contrato se regirá por las cláusulas en él establecidas y en lo señalado en el numeral 6º del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio y las normas que regulan la materia en el Código Civil. **CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA.- PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION**: El presente contrato se entenderá perfeccionado con la firma de las partes contratantes, sólo podrá iniciar su ejecución una vez legalizado con la aprobación de la garantía otorgada, si así aplica, a favor del HOSPITAL y con el correspondiente registro presupuestal.

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los 02 días del mes de febrero de 2015.

EL HOSPITAL.

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativo

Elaboró: Lady Correal Dávila
Revisó: Liliana del Rosario Mosquera Agudelo

EL CONTRATISTA.

ROJAS LUIS ALFREDO
C.C 17445827

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Diciembre 01 de 2015 CRP. No. 11502

ORIGINAL

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2015 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: R09A GESTION DOCUMENTAL Y ARCH

CODIGO RUBRO.....: **1141114311020000000000004001**
CODIGO PRESUPUESTAL.....: **311020401**
NOMBRE RUBRO.....: **REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS HSB**

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 1704

LA SUMA INICIAL DE : 1,360,000.00
CON UN REINTEGRO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 1,360,000.00
UN MILLON TRESCIENTOS SESENTA MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: MENSAJERO CON MOTO OPS 1949 15
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 1949 15
A NOMBRE DE: **ROJAS LUIS ALFREDO**
C.C. o NIT : **17445827**
OBJETO : ROJAS LUIS ALFREDO 1949 15

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 1 DIAS DEL MES DE Diciembre DE 2015.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE DE MANEJO PRESUPUESTAL.

0172

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ADICIÓN No. 005 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1949 – 2015 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y ROJAS LUIS ALFREDO

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ** , mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución Nº 0165 de fecha 17 de Mayo de 2012, posesionada el dia 17 de Mayo de 2012, bajo el Acta Nº 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativa del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultada para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **ROJAS LUIS ALFREDO**, identificado(a) con la Cédula No. **17445827** hemos acordado celebrar la presente adición al **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1949 - 2015**, previa las siguientes consideraciones: 1) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 1949 - 2015 cuyo objeto es prestación de servicios como **MENSAJERO EXTERNO CON MOTO** del hospital. 2) De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014 por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la Institución, así las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente adición con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de prestación de servicios. 3) Que la Ordenadora del gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta adición la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Adicionar el valor de la orden del contrato de prestación de servicios N° 1949 de 2015 por el valor de **DOS MILLONES SETECIENTOS VEINTE MIL PESOS M/CTE. ($2.720.000)** pagaderos en mensualidades de acuerdo a la programación que establezca la Entidad. **SEGUNDA**: Esta adición se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. **1336** de 2015, expedida por la Subgerencia Financiera y Comercial del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**. Las cláusulas restantes de la orden del contrato de prestación de servicios N° 1949 de 2015 no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 30 días del mes de septiembre de 2015.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

Elaboró: Lady Correal Dávila
Revisó: Dra. Marly Rocio Castellanos Sánchez

EL CONTRATISTA

ROJAS LUIS ALFREDO
CC. 17445827

PRÓRROGA No. 005 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1949 – 2015 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E. Y ROJAS LUIS ALFREDO

Entre los suscritos a saber **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución No 165 de fecha 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012, bajo el acta No 2025, en ejercicio del cargo de Subgerente Administrativa del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, categoría especial de Entidad Pública Descentralizada del Orden Distrital, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultada para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el contratista y celebrar contratos de servicios que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, según Resolución No.0171 de fecha 18 de Mayo del 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina el **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **ROJAS LUIS ALFREDO**, identificado(a) con la Cédula No **17445827**, hemos acordado celebrar la presente prórroga al **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1949 - 2015**, previa las siguientes consideraciones: 1) Que entre las partes se celebró el contrato de prestación de servicios N° 1949 – 2015, cuyo objeto es prestación de servicios como **MENSAJERO EXTERNO CON MOTO** del hospital. 2) De conformidad con lo preceptuado en el Acuerdo 009 de 2014 (Estatuto de Contratación) y en la Resolución 376 del 29 de agosto de 2014, por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la Institución, así las cosas ambas partes están facultadas para suscribir la presente prórroga con el fin de lograr la correcta ejecución del contrato de prestación de servicios. 3) Que la Ordenadora del gasto dio su visto bueno por lo que se procede hacer esta prórroga, la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** Prorrogar el plazo de ejecución establecido en el contrato de prestación de servicios N° 1949 de 2015 hasta el 30 de noviembre de 2015. **SEGUNDA:** Las cláusulas restantes del contrato N° 1949 de 2015 no sufren ninguna modificación, para constancia se firma a los 28 días del mes de septiembre de 2015.

EL HOSPITAL

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

Elaboró: Lady Correal Dávila
Revisó: Dra. Marly Rocio Castellanos Sánchez

EL CONTRATISTA

ROJAS LUIS ALFREDO
Cédula: 17445827

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Septiembre 30 de 2015 CRP. No. 9172

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO ORIGINAL

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 193 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2015 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: R09A GESTION DOCUMENTAL Y ARCH

CODIGO RUBRO.....: 1141111431102000000000004001
CODIGO PRESUPUESTAL.....: 311020401
NOMBRE RUBRO.....: REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS HSB

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 1336

LA SUMA INICIAL DE : 2.720.000.00
CON UN REINTEGRO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 2.720.000.00
DOS MILLONES SETECIENTOS VEINTE MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: MENSAJERO CON MOTO OPS 1949-15
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 1949-15
A NOMBRE DE: ROJAS LUIS ALFREDO
C.C. o NIT : 17445827
OBJETO : ROJAS LUIS ALFREDO S 1949-15

( )

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 30 DIAS DEL MES DE Septiembre DE 2015.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE DE MANEJO PRESUPUESTAL.

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Septiembre 01 de 2015 CRP. No. 8540

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO ORIGINAL

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2015 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: R09A GESTION DOCUMENTAL Y ARCH

CODIGO RUBRO.....: 1141114311020000000000004001
CODIGO PRESUPUESTAL.....: 311020401
NOMBRE RUBRO.....: REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS HSB

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 1295

LA SUMA INICIAL DE : 1.360.000.00
CON UN REINTEGRO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 1.360.000.00
UN MILLON TRESCIENTOS SESENTA MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: MENSAJERO CON MOTO OPS.1949 15
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS.1949 15
A NOMBRE DE: ROJAS LUIS ALFREDO
C.C. o NIT : 17445827
OBJETO : ROJAS LUIS ALFREDO .1949 15

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 1 DIAS DEL MES DE Septiembre DE 2015.

ALVARO WILLIAM FARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE DE MANEJO PRESUPUESTAL.

correspondencia

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: PRUEBA	

103

2

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALFREDO ROJAS. **No. CONTRATO** 1999

CÉDULA DE CIUDADANIA No; 17.445.827 **CENTRO DE COSTO:** R01A

OBJETO DEL CONTRATO: MENSAJERIA EN MOTO.

DURACIÓN DEL CONTRATO: 3 MESES **TOTAL HORAS CONTRATADAS:**

FECHA INICIO: AA 2015 **MES** 02 **DÍA** 01 **FECHA TERMINACIÓN: AA** 2015 **MES** 04 **DÍA** 30

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 4.080.000 **VALOR EN EL MES:** $ 1.360.000

PERIODO DE SUPERVISIÓN: 03-01 ABRIL de 2015. **TOTAL HORAS EN EL MES:**

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Entrega de correspondencia externa a diferentes entidades en zona norte	X		
2	Pagos de depósitos judiciales	X		
3	Pagos a entidades bancarias	X		
4	Entrega de fichas de epidemilogia hospital de usaquen	X		
5	Autenticaciones notariales			
6				
7				

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C.C. 17.445.827

JHON HAROLD BONILLA ANTURY
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Jhon Harold Bonilla Antury
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
C.C. 80830527

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN: ABRIL 21 de 2015.

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O	0
NOM. DEPENDENCIA O	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2015-04-21
FECHA LIMITE DE PAGO:	2015-04-21
FECHA DE PAGO:	2015-04-21
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2015-04
PERIODO SALUD:	2015-04
NUMERO PLANILLA:	8687157201
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8672695342
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 800	$ 80.544	$ 81.344
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.100	$ 103.100	$ 104.200
		Total a pagar		$ 1.900	$ 183.644	$ 185.544

Correspondencia

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: PRUEBA	

102

2

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALFREDO ROJAS. **No. CONTRATO**

CÉDULA DE CIUDADANIA No; 17.445.827 **CENTRO DE COSTO:** R01A

OBJETO DEL CONTRATO: MENSAJERIA EN MOTO.

DURACIÓN DEL CONTRATO: 3 MESES **TOTAL HORAS CONTRATADAS:**

FECHA INICIO: AA 2015 **MES** 02 **DÍA** 01 **FECHA TERMINACIÓN: AA** 2015 **MES** 04 **DÍA 30**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 4.080.000 **VALOR EN EL MES:** $ 1.360.000

PERIODO DE SUPERVISIÓN: 02-01 FEBRERO de 2015. **TOTAL HORAS EN EL MES:**

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Mensajería en Moto.	X		
2				
3				
4				
5				
6				
7				

		SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?				X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?		X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?		X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?		X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?		X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA	TOTAL	X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C.C. 17.445.827

JHON HAROLD BONILLA ANTURY
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Jhon Harold Bonilla Antury
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
C.C. 80830527

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN: FEBRERO 19 de 2015.

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O	0
NOM. DEPENDENCIA O	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2015-02-19
FECHA LIMITE DE PAGO:	2015-02-18
FECHA DE PAGO:	2015-02-17
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2015-02
PERIODO SALUD:	2015-02
NUMERO PLANILLA:	8689029190
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8672695342
TIPO DE PLANILLA:	I

PAGADO

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 800	$ 80.544	$ 81.344
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.100	$ 103.100	$ 104.200
		Total a pagar		$ 1.900	$ 183.644	$ 185.544

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Febrero 19 de 2015 CRP. No. 2237

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO ORIGINAL

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2015 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: R09A GESTION DOCUMENTAL Y ARCH

CODIGO RUBRO.....: 1141114311020000000000004001
CODIGO PRESUPUESTAL.....: 311020401
NOMBRE RUBRO.....: REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS HSB

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 154

LA SUMA INICIAL DE : 4.080.000.00
CON UN REINTEGRO DE : .00
PARA UN VALOR ACTUAL DE : 4.080.000.00
CUATRO MILLONES OCHENTA MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: MENSAJERO CON MOTO 1949.15
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 1949.15
A NOMBRE DE: ROJAS LUIS ALFREDO
C.C. o NIT : 17445827
OBJETO : ROJAS LUIS ALFREDO

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 19 DIAS DEL MES DE Febrero DE 2015.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE DE MANEJO PRESUPUESTAL.

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: PRUEBA	

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALFREDO ROJAS. **No. CONTRATO** 1949

CÉDULA DE CIUDADANIA No; 17.445.827 **CENTRO DE COSTO:** R01A

OBJETO DEL CONTRATO: MENSAJERIA EN MOTO.

DURACIÓN DEL CONTRATO: 3 MESES **TOTAL HORAS CONTRATADAS:**

FECHA INICIO: AA 2015 **MES** 02 **DÍA** 01 **FECHA TERMINACIÓN: AA** 2015 **MES** 04 **DÍA 30**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 4.080.000 **VALOR EN EL MES:** $ 1.360.000

PERIODO DE SUPERVISIÓN: 03-01 MARZO de 2015. **TOTAL HORAS EN EL MES:**

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Entrega de correspondencia externa a diferentes entidades en zona centro	X		
2	Entrega de carpetas de junta directiva	X		
3	Pagos a entidades bancarias	X		
4	Recoger medicamentos en drogas boyaca	X		
5				
6				
7				

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C.C. 17.445.827

JHON HAROLD BONILLA ANTURY
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Jhon Harold Bonilla Antury
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
C.C. 80830527

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN: MARZO 19 de 2015.

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O	0
NOM. DEPENDENCIA O	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2015-03-17
FECHA LIMITE DE PAGO:	2015-03-12
FECHA DE PAGO:	2015-03-12
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2015-03
PERIODO SALUD:	2015-03
NUMERO PLANILLA:	8689181923
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8672695342
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 400	$ 80.544	$ 80.944
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 600	$ 103.100	$ 103.700
		Total a pagar		$ 1.000	$ 183.644	$ 184.644

PAGADO

Correspondencia

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: PRUEBA	

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALFREDO ROJAS. **No. CONTRATO** 1949
CÉDULA DE CIUDADANIA No; 17.445.827 **CENTRO DE COSTO:** R01A
OBJETO DEL CONTRATO: MENSAJERIA EN MOTO.
DURACIÓN DEL CONTRATO: 5 MESES **TOTAL HORAS CONTRATADAS:**
FECHA INICIO: AA 2015 **MES** 02 **DÍA** 01 **FECHA TERMINACIÓN:AA** 2015 **MES** 06 **DÍA 30**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 6.800.000 **VALOR EN EL MES:** $ 1.360.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01al 31 MAYO del 2015. **TOTAL HORAS EN EL MES:**

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Entrega de correspondencia externa a diferentes entidades en zona centro	X		
2	Entrega de carpetas de junta directiva	X		
3	Pagos a entidades bancarias	X		
4	Recoger medicamentos en el hospital de kennedy	X		
5				
6				
7				

	SI	NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?		X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X	
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X	
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X	
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X	
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	X	PARCIAL

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C.C. 17.445.827

JHON HAROLD BONILLA ANTURY
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Jhon Harold Bonilla Antury
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
C.C. 80830527

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN: MAYO 22 de 2015.

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O	0
NOM. DEPENDENCIA O	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2015-05-22
FECHA LIMITE DE PAGO:	2015-05-20
FECHA DE PAGO:	2015-05-20
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2015-05
PERIODO SALUD:	2015-05
NUMERO PLANILLA:	8687007199
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8672695342
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 800	$ 80.544	$ 81.344
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.100	$ 103.100	$ 104.200
		Total a pagar		$ 1.900	$ 183.644	$ 185.544

Correspondencia

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: PRUEBA	

194
2

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALFREDO ROJAS. **No. CONTRATO 1949**
CÉDULA DE CIUDADANIA No; 17.445.827 **CENTRO DE COSTO:** R01A
OBJETO DEL CONTRATO: MENSAJERIA EN MOTO.
DURACIÓN DEL CONTRATO: 5 MESES **TOTAL HORAS CONTRATADAS:**
FECHA INICIO: AA 2015 **MES** 02 **DÍA** 01 **FECHA TERMINACIÓN:AA** 2015 **MES** 06 **DÍA 30**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 6.800.000 **VALOR EN EL MES:** $ 1.360.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01al 30 JUNIO del 2015. **TOTAL HORAS EN EL MES:**

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Entrega de correspondencia externa a diferentes entidades en zona norte	X		
2	Entrega de carpetas de junta directiva	X		
3	Pagos a entidades bancarias	X		
4	Autenticaciones notariales	X		
5	Entrega de correspondencia clinica fray	X		
6				
7				

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C.C. 17.445.827

JHON HAROLD BONILLA ANTURY
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Jhon Harold Bonilla Antury.
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
C.C. 80830527

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN:JUNIO 19 de 2015.

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2015-06-19
FECHA LIMITE DE PAGO:	2015-06-19
FECHA DE PAGO:	2015-06-19
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2015-06
PERIODO SALUD:	2015-06
NUMERO PLANILLA:	8685985758
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8672695342
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.000	$ 80.544	$ 81.544
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.200	$ 103.100	$ 104.300
		Total a pagar		$ 2.200	$ 183.644	$ 185.844

Hospital Simón Bolívar	**INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL**	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: PRUEBA	

210

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALFREDO ROJAS. **No. CONTRATO 1949**

CÉDULA DE CIUDADANIA No; 17.445.827 **CENTRO DE COSTO:** R01A

OBJETO DEL CONTRATO: MENSAJERIA EN MOTO.

DURACIÓN DEL CONTRATO: 6 MESES **TOTAL HORAS CONTRATADAS:**

FECHA INICIO: AA 2015 **MES** 02 **DÍA** 01 **FECHA TERMINACIÓN:AA** 2015 **MES** 07 **DÍA 31**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 8.160.000 **VALOR EN EL MES:** $ 1.360.000

PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01al 31 JULIO del 2015. **TOTAL HORAS EN EL MES:**

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Entrega de correspondencia externa a diferentes entidades en zona centro	X		
2	Pago de banco agrario de depositos judiciales	X		
3	Pagos a entidades bancarias	X		
4	Autenticaciones notariales	X		
6				
7				

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA	TOTAL X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C.C. 17.445.827

JHON HAROLD BONILLA ANTURY
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Jhon Harold Bonilla Antury.
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
C.C. 80830527

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN:JULIO 22 de 2015.

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2015-07-21
FECHA LIMITE DE PAGO:	2015-07-09
FECHA DE PAGO:	2015-07-09
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2015-07
PERIODO SALUD:	2015-07
NUMERO PLANILLA:	8685005398
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8672695342
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 200	$ 80.544	$ 80.744
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 200	$ 103.100	$ 103.300
		Total a pagar		$ 400	$ 183.644	$ 184.044

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: PRUEBA	

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALFREDO ROJAS. **No. CONTRATO 1948**

CÉDULA DE CIUDADANIA No; 17.445.827 **CENTRO DE COSTO:** R01A

OBJETO DEL CONTRATO: MENSAJERIA EN MOTO.

DURACIÓN DEL CONTRATO: 7 MESES **TOTAL HORAS CONTRATADAS:**

FECHA INICIO: AA 2015 **MES** 02 **DÍA** 01 **FECHA TERMINACIÓN:AA** 2015 **MES** 08 **DÍA** 31

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $9.520.000 **VALOR EN EL MES:** $ 1.360.000

PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01al 31 AGOSTO del 2015. **TOTAL HORAS EN EL MES:**

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Entrega de correspondencia externa a diferentes entidades en zona norte	X		
2	Pagos a entidades bancarias	X		
3	Autenticaciones notariales	X		
4	Entrega de carpetas de junta directiva	X		
5	Entrega de correspondencia a la fray	X		
6				
7				

	SI	NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?		X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X	
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X	
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X	
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X	
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	X	PARCIAL

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C.C. 17.445.827

JHON HAROLD BONILLA ANTURY
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

Jhon Harold Bonilla Antury
FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
C.C. 80830527

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN:AGOSTO 20 de 2015.

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2015-08-20
FECHA LIMITE DE PAGO:	2015-08-19
FECHA DE PAGO:	2015-08-19
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2015-08
PERIODO SALUD:	2015-08
NUMERO PLANILLA:	8682382328
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8672695342
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 800	$ 80.544	$ 81.344
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.100	$ 103.100	$ 104.200
		Total a pagar		$ 1.900	$ 183.644	$ 185.544

Correspondencia

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: PRUEBA	

21

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALFREDO ROJAS. **No. CONTRATO 1949**

CÉDULA DE CIUDADANIA No. 17.445.827 **CENTRO DE COSTO:** R01A

OBJETO DEL CONTRATO: MENSAJERIA EN MOTO.

DURACIÓN DEL CONTRATO: 8 MESES **TOTAL HORAS CONTRATADAS:**

FECHA INICIO: AA 2015 **MES** 02 **DÍA** 01 **FECHA TERMINACIÓN:AA** 2015 **MES 09 DÍA 30**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $10,880.000 **VALOR EN EL MES:** $ 1.360.000

PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01al 30 SEPTIEMBRE de 2015. **TOTAL HORAS EN EL MES:**

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Entrega de correspondencia externa a diferentes entidades en zona Sur de la Ciudad	X		
2	Pagos y/o consignaciones a entidades bancarias	X		
3	Autenticaciones notariales	X		
4	Entrega de carpetas de junta directiva	X		
5	Entrega de correspondencia a la Clínica Fray Bartolome	X		
6				
7				

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA	TOTAL X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

BEATRIZ MORENO BENAVIDES
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C.C. 17.445.827

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
C.C. **35.499.501**

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN: SEPTIEMBRE 22 DE 2,015.

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2015-09-21
FECHA LIMITE DE PAGO:	2015-09-21
FECHA DE PAGO:	2015-09-21
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2015-09
PERIODO SALUD:	2015-09
NUMERO PLANILLA:	8680560001
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8672695342
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.100	$ 80.544	$ 81.644
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.400	$ 103.100	$ 104.500
		Total a pagar		$ 2.500	$ 183.644	$ 186.144

PAGADO

Correspondencia

Hospital Simón Bolívar		-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: PRUEBA	

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALFREDO ROJAS.	**No. CONTRATO 1949**
CÉDULA DE CIUDADANIA No. 17.445.827	**CENTRO DE COSTO:** R01A
OBJETO DEL CONTRATO: MENSAJERIA EN MOTO.	
DURACIÓN DEL CONTRATO: 10 MESES	**TOTAL HORAS CONTRATADAS:**
FECHA INICIO: AA 2015 **MES** 02 **DÍA** 01	**FECHA TERMINACIÓN:AA** 2015 **MES** 11 **DÍA** 30
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $13.600.000	**VALOR EN EL MES:** $ 1.360.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01al 31 OCTUBRE de 2015.	**TOTAL HORAS EN EL MES:**

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Entrega de correspondencia externa a diferentes entidades en zona Norte de la Ciudad	X		
2	Pagos y/o consignaciones a entidades bancarias	X		
3	Autenticaciones notariales	X		
4	Entrega de carpetas de junta directiva	X		
5	Entrega de correspondencia a la Clínica Fray Bartolome	X		
6				
7				

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C.C. 17.445.827

BEATRIZ MORENO BENAVIDES
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
C.C. **35.499.501**

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN: OCTUBRE 22 DE 2.015.

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2015-10-20
FECHA LIMITE DE PAGO:	2015-10-20
FECHA DE PAGO:	2015-10-20
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2015-10
PERIODO SALUD:	2015-10
NUMERO PLANILLA:	8678864613
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8672695342
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 900	$ 80.544	$ 81.444
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.100	$ 103.100	$ 104.200
		Total a pagar		$ 2.000	$ 183.644	$ 185.644

Hospital Simón Bolívar		-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: PRUEBA	

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALFREDO ROJAS.	**No. CONTRATO 1949**
CÉDULA DE CIUDADANIA No. 17.445.827	**CENTRO DE COSTO:** R09A
OBJETO DEL CONTRATO: MENSAJERIA EN MOTO.	
DURACIÓN DEL CONTRATO: 10 MESES	**TOTAL HORAS CONTRATADAS:**
FECHA INICIO: AA 2015 **MES** 02 **DÍA** 01	**FECHA TERMINACIÓN: AA** 2015 **MES 11 DIA 30**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $13.600.000	**VALOR EN EL MES:** $ 1.360.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01 al 30 NOVIEMBRE de 2015.	**TOTAL HORAS EN EL MES:**

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Entrega de correspondencia externa a diferentes entidades en zona Sur de la Ciudad	X		
2	Traslado de Injertos al HSB	X		
3	Pagos y/o Consignaciones bancarias	X		
4	Entrega de carpetas de junta directiva	X		
5				
6				
7				

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C.C. 17.445.827

BEATRIZ MORENO BENAVIDES
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
C.C. **35.499.501**

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN: NOVIEMBRE 19 DE 2.015

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2015-11-19
FECHA LIMITE DE PAGO:	2015-11-12
FECHA DE PAGO:	2015-11-12
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2015-11
PERIODO SALUD:	2015-11
NUMERO PLANILLA:	8677681052
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8672695342
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 400	$ 80.544	$ 80.944
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 500	$ 103.100	$ 103.600
		Total a pagar		$ 900	$ 183.644	$ 184.544

Hospital Simón Bolívar		-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: PRUEBA	

212

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALFREDO ROJAS. **No. CONTRATO 1949**

CÉDULA DE CIUDADANIA No. 17.445.827 **CENTRO DE COSTO:** R09A

OBJETO DEL CONTRATO: MENSAJERIA EN MOTO.

DURACIÓN DEL CONTRATO: 11 MESES **TOTAL HORAS CONTRATADAS:**

FECHA INICIO: AA 2015 **MES** 02 **DÍA** 01 **FECHA TERMINACIÓN: AA** 2015 **MES** 12 **DÍA** 31

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $14´960.000 **VALOR EN EL MES:** $ 1.360.000

PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01 al 31 DICIEMBRE de 2015. **TOTAL HORAS EN EL MES:**

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Entrega de correspondencia externa a diferentes entidades en zona Norte de la Ciudad	X		
2	Entrega de correspondencia a Clínica Fray Bartolome de las Casas	X		
3	Pagos y/o Consignaciones bancarias	X		
4	Entrega de carpetas de Junta directiva	X		
5	Entrega y devolución de medicamentos a hospitales	X		
6				
7				

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA	TOTAL X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C.C. 17.445.827

BEATRIZ MORENO BENAVIDES
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
C.C. **35.499.501 de Suba**

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN: DICIEMBRE 16 DE 2.015

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2015-12-16
FECHA LIMITE DE PAGO:	2015-12-15
FECHA DE PAGO:	2015-12-15
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2015-12
PERIODO SALUD:	2015-12
NUMERO PLANILLA:	8676116136
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8672695342
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 700	$ 80.544	$ 81.244
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 900	$ 103.100	$ 104.000
		Total a pagar		$ 1.600	$ 183.644	$ 185.244

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión:	

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALFREDO ROJAS. **No. CONTRATO 1300-2016**

CÉDULA DE CIUDADANIA No. 17.445.827 **CENTRO DE COSTO:** R09A

OBJETO DEL CONTRATO: MENSAJERIA EN MOTO.

DURACIÓN DEL CONTRATO: 3 MESES **TOTAL HORAS CONTRATADAS:**

FECHA INICIO: AA 2016 **MES 02 DÍA** 01 **FECHA TERMINACIÓN: AA** 2016 **MES 04 DÍA 30**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 4´284.000 **VALOR EN EL MES:** $ 1.428.000

PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01 al 31 MARZO de 2016. **TOTAL HORAS EN EL MES:**

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Entrega de correspondencia externa a diferentes entidades en zona Sur de la Ciudad	X		
2	Entrega de carpetas a miembros de junta directiva	X		
3				
4				
5				
6				
7				

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA	TOTAL X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C.C. 17.445.827

BEATRIZ MORENO BENAVIDES
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
C.C. **35.499.501 de Suba**

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN: MARZO 22 DE 2.016

F

DETALLE PLANILLA
OPERADOR DE INFORMACIÓN

Razón social: ROJAS LUIS ALFREDO **Identificación:** CC-17445827 **Código dependencia o sucursal:** 0 **Nombre dependencia o sucursal:** 0 **Fecha de generación del reporte:** 2016-03-22 **Fecha limite de pago:** 2016-03-22 **Fecha de pago:** 2016-03-22 **Pagada por:** AvVillas **Período pensión:** 2016-03 **Período salud:** 2016-03 **Referencia de pago (PIN): 8672695342** **Tipo de planilla:** I **Clase de planilla:** Normal **Número de la planilla:** 8671440791	**Pagada**

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO DE AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR	SELECCIONAR TODOS | SELECCIONAR NINGUNO
230301	800224808	PORVENIR	1	$1,600	$110,313	$111,913	☑
EPS005	800251440	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	1	$1,300	$86,200	$87,500	☑
GRAN TOTAL				$2,900	$196,513	$199,413	

[redacted]

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión:	

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALFREDO ROJAS.	**No. CONTRATO 1300-2016**
CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 17.445.827	**CENTRO DE COSTO:** R09A
OBJETO DEL CONTRATO: MENSAJERÍA EN MOTO.	
DURACIÓN DEL CONTRATO: 5 MESES	**TOTAL HORAS CONTRATADAS:**
FECHA INICIO: AA 2016 **MES 02 DÍA** 01	**FECHA TERMINACIÓN: AA** 2016 **MES 06 DÍA 30**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 7´140.000	**VALOR EN EL MES:** $ 1.428.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01 al 31 de MAYO de 2016.	**TOTAL HORAS EN EL MES:**

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIÓ		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Entrega de correspondencia externa a diferentes entidades en zona Sur de la Ciudad	X		
2	Traslado entre Hospitales de medicamentos y/o materiales médicos en calidad de préstamo	X		
3	Trámites de Pagos y/o Consignaciones bancarias	X		
4				
5				
6				
7				

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C.C. 17.445.827 de Bogotá

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN: MAYO 20 DE 2.016

BEATRIZ MORENO BENAVIDES
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
C.C. **35.499.501 de Suba**

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2016-05-19
FECHA LIMITE DE PAGO:	2016-05-19
FECHA DE PAGO:	2016-05-19
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2016-05
PERIODO SALUD:	2016-05
NUMERO PLANILLA:	8668369650
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8672695342
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.000	$ 86.200	$ 87.200
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.300	$ 110.313	$ 111.613
			Total a pagar	$ 2.300	$ 196.513	$ 198.813

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número de Planilla (PIN): 8672695342

Número de Identificación Aportante: 17445827

Valor a Pagar $: 199.513

AVV 039 20160518 16:56 SC 474 LINEA A
VR PAGADO: 198,813.00
NOMBRE:ASOPAGOS 0
CLAVE:8672695342
ID:17445827
Fecha Aplicación:20160519 PIN:165614
Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

F-06-124-2

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ÉSTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSÉRVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

dispapeles 88569

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 1300 - 2016

SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SIMON BOLIVAR E.S.E Y ROJAS LUIS ALFREDO

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO MENSAJERO CON MOTO PARA EL ÁREA DE CORRESPONDENCIA

FECHA DE INICIO: 01 DE FEBRERO DE 2016

PLAZO DE EJECUCION: 30 DE ABRIL DE 2016

VALOR CONTRATO: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL PESOS M/TE. ($4284000)

En Bogotá, a los 01 días del mes de febrero, se reunieron los abajo firmantes, con el fin de suscribir el **ACTA DE INICIO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS** No. 1300 - 2016, celebrado entre las partes con el fin de dejar constancia que el día de hoy se da inicio a la ejecución del objeto contractual por parte del contratista y que según el plazo señalado en el contrato la ejecución deberá concluirse antes del 30 de abril de 2016.

La presente acta forma parte del contrato por lo cual se anexará al expediente del mismo.

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta, por los que en ella intervienen, en Bogotá D.C.,

SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

EL CONTRATISTA

CLASE DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS
CONTRATO: AdAG– 1300 – 2016
CONTRATISTA: ROJAS LUIS ALFREDO Cédula No. 17445827
PLAZO EJECUCIÓN: HASTA EL 30 DE ABRIL DE 2016, CONTADOS A PARTIR DEL ACTA DE INICIO DEL CONTRATO
VALOR: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE ($ 4284000)

Entre los suscritos a saber, **SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con Cédula de Ciudadanía No.51.629.978 de Bogotá, nombrada mediante Resolución No. 0165 del 17 de mayo de 2012, posesionada el día 17 de mayo de 2012 bajo el acta No. 2025 en el ejercicio del Cargo de Subgerente Administrativo del **HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., con Nit No. 800196433-9, categoría especial de Entidad Pública descentralizada del Orden Distrital, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía Administrativa, y sometida el régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, de conformidad con el Acuerdo 17 de 1997 del Concejo de Bogotá, D.C. quien está debidamente facultado para dirigir el proceso de contratación, evaluar, seleccionar el proveedor de servicios y celebrar contratos de prestación de servicios de apoyo a la gestión de servicios técnicos y profesionales que no superen los ciento veinte (120) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de conformidad con la delegación otorgada por la Gerente del HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E, según resolución No.0171 de fecha 18 de mayo de 2012, quien para efectos del contrato de prestación de servicios en adelante se denomina **EL HOSPITAL**, por una parte y por la otra **ROJAS LUIS ALFREDO** Mayor de edad y vecino (a) de esta ciudad, identificado (a) con cédula número **17445827** quien actúa en su propio nombre y representación y para los efectos legales se denominará **EL CONTRATISTA;** hemos convenido celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. AdAG – 1300 – 2016** a través de la modalidad de **CONTRATACIÓN DIRECTA** con cargo a la disponibilidad presupuestal **No.** 249, el cual se rige por las disposiciones de derecho privado, consagrados en el numeral 6° del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio, y en el Código Civil en lo que tiene que ver con la materia y las demás normas concordantes y/o complementarias, y en especial por las cláusulas que a continuación se establecen, previa las siguientes **CONSIDERACIONES: 1)** Que el Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E., para la correcta prestación del servicio de salud, requiere contratar los servicios profesionales referenciados, según justificación de la necesidad descrita en la requisición del área. **2)** Que en la planta de personal del Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E., no se cuenta con personal suficiente para atender las actividades cuya ejecución se plasma en éste contrato, circunstancia de la que se deja constancia en el expediente del contrato en cumplimiento de lo prescrito por el artículo 32 de la Ley 80 de 1.993. **3)** Que el presente contrato se celebra con **EL CONTRATISTA**, considerando su experiencia e idoneidad para cumplir las obligaciones contractuales y el objeto del contrato, de lo que se deja constancia en el expediente contractual. Por lo anterior, las partes acuerdan: **CLAUSULA PRIMERA.- OBJETO**: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO MENSAJERO CON MOTO PARA EL ÁREA DE CORRESPONDENCIA. CLAUSULA SEGUNDA.- ACTIVIDADES O EVENTOS**: **1) Entrega de correspondencia de los comunicados oficiales generados por las áreas de la institución a las diferentes entes ya sea en zona norte o zona sur de la ciudad de Bogotá. 2) Reclamo, traslado y entrega de injertos al hospital. 3) Pagos, consignaciones y solicitud de chequeras bancarias. 4) Entrega de carpetas de junta a tiempo y en sus residencias. 5) Entrega y traslado de medicamentos entre hospitales y/o laboratorios. 6) Autenticaciones notariales. 7) Reclamo y entrega de registros civiles ante la notaria 69, reclamo y entrega de formatos de nacido vivo y defunción ante la secretaría de salud. 8) Las demás actividades que se requieran para el cabal cumplimiento del objeto contractual. CLAUSULA TERCERA.- OBLIGACIONES DE LAS PARTES**: **1) Del Contratista: a)** Cumplir las actividades o eventos propios del objeto contractual en ejecución. **b)** Responder por los bienes y/o elementos entregados a su cargo, velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la Institución y demás equipos y elementos de propiedad del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades, so pena de responder como contratista por el daño o pérdida de los implementos utilizados, ya sea en reposición o al precio comercial del bien, descuento que autoriza a efectuar de los honorarios por percibir, autorización que se entiende expresa y escrita por cada caso en particular. **c)** Atender de manera oportuna y eficaz, los llamados y requerimientos realizados por EL HOSPITAL, cuando se presenten situaciones que así lo ameriten. **d)** Presentar oportunamente y en forma periódica los informes que se requieran en cumplimiento del objeto contratado. **e)** Cumplir con el pago de la seguridad social de acuerdo con las normas legales vigentes. **f)** Portar en lugar visible, el carné que lo identifica como Contratista del HOSPITAL. **g)** Dar cumplimiento a las directrices impartidas por la entidad respecto al MECI gestión integral de calidad. **h)** Custodiar y cuidar la documentación que por razón de su actividad conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso, sin que pueda reproducirla, divulgarla o publicarla en cualquier medio. **i)** Cobrar oportunamente los honorarios que se generen en ejecución de este contrato. **j)** Asistir a los comités y/o reuniones convocadas por cualquier dependencia de la entidad, cuyo tema a tratar tenga incidencia directa con el objeto del contrato en ejecución que permita su cumplimiento y/o la buena gestión del servicio. **k)** Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o a la que tenga acceso y responderá patrimonialmente por los perjuicios que su divulgación y/o utilización indebida por sí o

por un tercero, cause a la administración o a terceros. **l)** Firmar el contrato y sus respectivas prórrogas y/o adiciones, previa notificación del supervisor por parte del Grupo Funcional de Contratación. **m)** Suscribir las respectivas pólizas, si así se requiere. **n)** Dar por terminado su contrato de prestación de servicios conforme al procedimiento establecido por EL HOSPITAL, para tal evento. **ñ)** Notificar, avisar, advertir al Supervisor del Contrato sobre las situaciones o eventos que cambien el curso normal del contrato a efectos de evitar la suspensión o parálisis del servicio, esto es: suspensiones, reinicio de actividades, terminaciones unilaterales o bilaterales del contrato y las demás que se presenten. **o)** Cumplir con la programación del servicio según lo establezca la entidad. **p)** Asumir el incumplimiento u omisión que en desarrollo de sus actividades genere perjuicios económicos al HOSPITAL. Para el caso de glosas u objeciones definitivas, se evaluarán y determinarán en comité de glosas al interior del Hospital y serán comunicadas las decisiones al contratista, autorizando el descuento respectivo que se genere. **q)** El contratista deberá tomar todas las medidas adecuadas para evitar la contaminación ambiental, la prevención de riesgos durante la ejecución de sus operaciones o actividades y cumplirá con todas las leyes ambientales, aplicable. **2) Del Hospital: a)** Pagar la contraprestación pactada previa certificación del supervisor; de actividades. **b)** Suministrar información y el apoyo necesario para el desarrollo de las actividades del contrato. **c)** Poner a disposición del contratista los medios adecuados para el desarrollo del contrato. **d)** Verificar que el contratista cumpla con las obligaciones contractuales conforme a lo pactado a través del supervisor delegado para tal fin. **e)** Elaborar en la oportunidad señalada en el contrato, las actas de inicio, supervisión y proyectar la de liquidación y/o terminación del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO**:- Las partes de común acuerdo manifiestan que el Contratista estará afiliado a una Entidad Administradora de Riesgos Laborales ARL. **CLAUSULA CUARTA.- VALOR Y FORMA DE PAGO**: Para todos los efectos legales, el valor del contrato es la suma de **CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE ($ 4284000)**, pagaderos en mensualidades de **UN MILLÓN CUATROCIENTOS VEINTIOCHO MIL PESOS M/CTE ($ 1428000)** de acuerdo a la programación que establezca la Entidad para garantizar la debida prestación del servicio, que pagará EL HOSPITAL previa presentación de los informes periódicos y constancia de pago al sistema de seguridad social, de conformidad con la certificación de cumplimiento que para este efecto expida el supervisor. **CLAUSULA QUINTA.- DURACIÓN DEL CONTRATO:** El presente contrato se ejecutará hasta el 30 de abril de 2016, contado a partir de la fecha de su legalización, es decir una vez se registre en el presupuesto y se comprueben las garantías a las que haya lugar, fecha en la cual se suscribirá por EL CONTRATISTA, la respectiva acta de iniciación del contrato. **CLÁUSULA SEXTA.- LIQUIDACION**: Vencido el plazo de ejecución del presente contrato, el Grupo Funcional de Contratación, junto con el Supervisor del Contrato, procederán a preparar el acta de liquidación para la suscripción por las partes dentro del mes siguiente al vencimiento del término de ejecución, previsto en la cláusula cuarta de éste contrato, la liquidación se efectuará con sujeción a lo dispuesto por el artículo 60 de la Ley 80 de 1.993 y el artículo 11 de la Ley 1150 de 2.007. **CLAUSULA SÉPTIMA.- SUPERVISIÓN:** La supervisión del presente contrato será ejercida por el hospital, quien delega dicha facultad en **LÍDER CORRESPONDENCIA** quien se encargará de: **1)** Verificar que el contrato se cumpla en los términos establecidos. **2)** Informar al jefe oficina de contratación cualquier modificación a las condiciones o clausulas contenidas en este contrato. **3)** Informar al Jefe de la Oficina Asesora Jurídica cualquier incumplimiento en el que incurra el Contratista. **4)** Elaborar conforme a los formatos establecidos y en apoyo con la Oficina del Grupo Funcional de Contratación la suscripción de las actas de iniciación, de cumplimiento parcial y de terminación así como la proyección del acta de liquidación del contrato para la firma de las partes. **5)** Realizar los informes relacionados con la supervisión. **CLAUSULA OCTAVA.- CADUCIDAD: EL HOSPITAL**, podrá declarar la caducidad administrativa del presente contrato mediante Acto Administrativo motivado, en caso de que se presenten las circunstancias previstas en el artículo 18 de la Ley 80 de 1993; ésta declaratoria deberá estar precedida de verificaciones e informes concretos del supervisor que evidencien el perjuicio que se deriva para EL HOSPITAL del incumplimiento del contratista. **CLAUSULA NOVENA.- TERMINACIÓN, INTERPRETACIÓN Y MODIFICACIÓN UNILATERAL**: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 80 de 1.993, numeral 2º, inciso 2º, a éste contrato se aplicarán las cláusulas excepcionales de terminación, interpretación y modificación unilateral en los términos y por las causales que se consagran en los artículos 15, 16 y 17 de la citada Ley. **CLAUSULA DÉCIMA.- MULTAS:** La entidad contratante, por resolución motivada, impondrá multa al contratista correspondiente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato, en caso de mora o incumplimiento parcial de las obligaciones contractuales, mediante acto administrativo motivado previo requerimiento no acatado por el contratista. **CLAUSULA DECIMA PRIMERA.- PENAL PECUNIARIA**: En caso de incumplimiento definitivo de las obligaciones a cargo del contratista EL HOSPITAL, podrá hacer efectiva la cláusula penal pecuniaria en un monto equivalente al (10%) diez por ciento del valor total del contrato, como estimación anticipada y parcial de los perjuicios que se causen, sin perjuicio de que EL HOSPITAL pueda solicitar al contratista la totalidad del valor de los perjuicios causados en lo que exceda del valor de la cláusula penal pecuniaria. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA.- CLAUSULA COMPROMISORIA**: En caso de presentarse desavenencias y controversias durante la ejecución de este contrato, al igual que de su interpretación, se recurrirá en primera instancia al arreglo directo entre las partes, de no encontrarse solución a las diferencias se acudirá a los trámites prejudiciales contenidos en las normas vigentes y ante los organismos competentes. Requisitos de procedimiento que se deberán agotar previamente por las partes antes de acudir a la justicia ordinaria. **CLAUSULA DECIMA TERCERA.- CESIÓN**: El Contratista no podrá ceder en todo o en parte el presente contrato sin la previa autorización escrita del

HOSPITAL. **CLAUSULA DECIMA CUARTA. - AUTONOMÍA DEL CONTRATISTA**: Por tratarse de un contrato de prestación de servicios profesionales regido por las disposiciones legales privadas, además por las estipuladas en Ley 80 de 1993 y la Ley 1150 de 2.007, EL CONTRATISTA actuará con total autonomía, técnica y administrativa en el cumplimiento de las obligaciones que asume por el presente contrato y, en consecuencia, no contrae relación laboral alguna con EL HOSPITAL, razón por la cual, la única obligación de contraprestación económica DEL HOSPITAL para el Contratista, es la pactada en éste contrato. **CLAUSULA DECIMA QUINTA.- INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** EL CONTRATISTA, declara bajo la gravedad del juramento, el que se entiende prestado con la suscripción del contrato, que no se encuentra incurso en ninguna causal de inhabilidad o incompatibilidad prevista en la Constitución o en la Ley, especialmente la Ley 80 de 1.993, para celebrar éste contrato. **CLAUSULA DÉCIMA SEXTA.- DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE DEL CONTRATO:** Hacen parte integral del presente contrato, los siguientes documentos: **1)** Requisición por parte de la dependencia que tiene la necesidad. **2)** Certificados de Disponibilidad y Registro Presupuestal. **3)** Formato Único Hoja de Vida persona natural debidamente diligenciada por el CONTRATISTA. **4)** Certificado de antecedentes judiciales, disciplinarios y fiscales. **5)** Certificado o constancia que acredite que el CONTRATISTA se encuentra afiliado al sistema de seguridad social integral (salud y pensión y/o autoliquidaciones mensuales). **6)** Acta de inicio de contrato. **7)** Hacen igualmente parte de este instrumento, todos los documentos de supervisión e informes sobre la gestión contractual que se produzcan a lo largo del término del contrato. **CLAUSULA DÉCIMA SÉPTIMA.- RÉGIMEN APLICABLE:** Este contrato se regirá por las cláusulas en él establecidas y en lo señalado en el numeral 6° del artículo 195 de la ley 100 de 1993, artículo 968 del Código de Comercio y las normas que regulan la materia en el Código Civil. **CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA.- PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION**: El presente contrato se entenderá perfeccionado con la firma de las partes contratantes, sólo podrá iniciar su ejecución una vez legalizado con la aprobación de la garantía otorgada, si así aplica, a favor del HOSPITAL y con el correspondiente registro presupuestal.

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los 01 días del mes de febrero de 2016.

EL HOSPITAL.

SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativo

Elaboró: Lady Correal Dávila
Revisó: Marly Rocio Castellanos Sánchez

EL CONTRATISTA

ROJAS LUIS ALFREDO
Cédula No. 17445827

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Febrero 01 de 2016 CRP. No. **1742**

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2016 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: R09A GESTION DOCUMENTAL Y ARCH

CODIGO RUBRO.....: **1141114311020000000000004001**
CODIGO PRESUPUESTAL.....: **311020401**
NOMBRE RUBRO.....: **REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS HSB**

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 249

LA SUMA INICIAL DE : **4,284,000.00**
CON UN REINTEGRO DE : **.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE : **4,284,000.00**
CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: MENSAJERO CON MOTO OPS 1300.16
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 1300.16
A NOMBRE DE: **ROJAS LUIS ALFREDO**
C.C. o NIT : **17445827**
OBJETO : MENSAJERO CON MOTO OPS 1300.16
ROJAS LUIS ALFREDO

LA PRESENTE SE EXPIDE EN BOGOTA D.C. A LOS 1 DIAS DEL
MES DE Febrero DE 2016.

MARTHA CECILIA MORA ORTEGA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE DE MANEJO PRESUPUESTAL

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Febrero 01 de 2016 CDP. No. 249

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

QUE EN LA FECHA LOS REGISTROS DE EJECUCION PRESUPUESTAL MUESTRAN EL SIGUIENTE SALDO DE APROPIACION:

DEPENDENCIA : T05A JURIDICA Y CONTRATACION

CODIGO RUBRO.....: **1141114311020000000000004001**
CODIGO PRESUPUESTAL.....: **311020401**
NOMBRE RUBRO.....: **REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS HSB**

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 416,267,333.00
PRESUPUESTO DISPONIBLE : 884,251,667.00
LDO DE APROPIACION : 1,300,519,000.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: VIVIANA FERNANDA MENESES ROMER.
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO.
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:
CONTRATACION DE DERSONAL ADMINISTRATIVO HSB

POR UN VALOR INICIAL DE : **733,605,250.00**
CON UN VALOR REINTEGRADO DE : **.00**
PARA UN VALOR ACTUAL DE : **733,605,250.00**
SETECIENTOS TREINTA Y TRES MILLONES SEISCIENTOS CINCO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 416,267,333.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
SPONIBILIDAD NETA : 150,646,417.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (90) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICION.

ALVARO WILLIAM PARDO NEIRA
RESPONSABLE PRESUPUESTO

ORIGINAL Fec-Imp: 2016/02/08 Hor-Imp: 08:57:46 Usu-Imp: admpre Ter: presup3 AAAA/MM: 2016-02 Dep: T05A cppcdi 4.1.3

actividades **3**) Designar al supervisor del contrato de prestación de servicios. **PARÁGRAFO PRIMERO**: Las partes de común acuerdo manifiestan que el contratista estará afiliado a una Entidad Administradora de Riesgos Laborales (ARL). **CLÁUSULA QUINTA- VALOR DEL CONTRATO:** El presente contrato de prestación de servicios tendrá un valor por concepto de honorarios de **UN MILLÓN TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE. ($1365000) CLÁUSULA SEXTA - FORMA DE PAGO E IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL:** LA SUBRED NORTE cancelará los honorarios del presente contrato mes vencido de acuerdo a las actividades desarrolladas, para lo cual el supervisor del contrato expedirá certificación de cumplimiento de las mismas y **El CONTRATISTA** deberá presentar copia de los comprobantes de pago a salud, pensión según la Ley. **PARÁGRAFO PRIMERO:** Los pagos se harán con cargo al presupuesto asignado a la vigencia fiscal del año dos mil dieciséis (2016), de conformidad con el certificado de disponibilidad presupuestal No. 3179 del 30 de junio de 2016 del rubro Contratación Servicios Asistenciales Generales - Código 321030501. **PARÁGRAFO SEGUNDO: El CONTRATISTA** responderá por el valor de la glosa que se genere por su culpa y/o responsabilidad, como consecuencia de las actividades contratadas y realizadas, la cual será descontada a favor de LA SUBRED NORTE sobre los honorarios y/o cualquier cuenta o saldo que exista a favor del **CONTRATISTA** al momento en que sea determinada por la auditoria interna, del Fondo Financiero Distrital de Salud y/o demás pagadores de LA SUBRED NORTE, en caso de ser insuficiente el saldo, este se compromete a pagar el excedente por este concepto. **CLÁUSULA SÉPTIMA - EXENCIÓN DE PAGO DE PRESTACIONES SOCIALES:** Este contrato no genera vínculo laboral alguno entre **LA SUBRED NORTE** y **El CONTRATISTA**, solo tendrá derecho a lo pactado en la cláusula cuarta de este contrato. **CLÁUSULA OCTAVO - DURACIÓN:** La duración de la presente orden será hasta el 31 de julio de dos mil dieciséis (2016). **PARAGRAFO PRIMERO:** Por razones de fuerza mayor, caso fortuito o voluntad propia, se podrá suspender temporalmente la ejecución del contrato, mediante un acta en donde conste tal evento, sin que para los efectos del plazo extintivo se compute el tiempo de suspensión. **PARAGRAFO SEGUNDO:** El presente contrato podrá prorrogarse por acuerdo entre las partes con antelación a la fecha de su expiración **CLÁUSULA NOVENA - SUPERVISIÓN DEL CONTRATO:** La Supervisión del contrato la ejercerá **LIDER SERVICIO DE ENFERMERIA** quien se obliga a: **1)** Velar que se cumpla el objeto contractual, observando calidad, eficiencia y eficacia de los servicios contratados. **2)** Informar al área Jurídica respecto a los incumplimientos de las obligaciones contractuales. **3)** Realizar un seguimiento a la ejecución del contrato, atendiendo la finalidad del mismo. **4)** Requerir el cumplimiento de las obligaciones contractuales. **5)** Expedir constancia de cumplimiento de actividades y servicios prestados. **6)** Recomendar la suscripción de órdenes adicionales o modificatorias, motivadamente. **7)** En caso de requerir conceptos jurídicos especializados, lo hará saber a la Oficina Jurídica. **8)** Estudiar las situaciones particulares e imprevistas presentadas en desarrollo del contrato y conceptuar al respecto manteniendo el equilibrio contractual. **9)** Las demás actividades propias que redunden en el cumplimiento del contrato. **CLÁUSULA DÉCIMA - CESIÓN Y SUBCONTRATACIÓN: El CONTRATISTA** no podrá subcontratar ni ceder este contrato de prestación de servicios a persona alguna natural ni jurídica, sin autorización previa y escrita de LA SUBRED NORTE. **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA - INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES: El CONTRATISTA** manifiesta bajo la gravedad de juramento, no hallarse incurso (a) en alguna causal de inhabilidad, e incompatibilidad, o conflicto de intereses consignados en los términos de Ley para suscribir la presente orden, el cual se entenderá prestado además con la firma de la presente orden. **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA. - PERFECCIONAMIENTO:** Para el perfeccionamiento del presente contrato se requiere de la firma de las partes. **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA. EJECUCIÓN:** Para la ejecución del presente contrato se requiere la existencia del registro presupuestal correspondiente. **CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA. AUSENCIA DE RELACIÓN LABORAL:** Por el presente contrato **El CONTRATISTA** no adquiere vínculo laboral alguno con LA SUBRED NORTE, y es el único responsable de la prestación del servicio. En consecuencia y de conformidad con lo regulado para el efecto por la legislación civil, no tendrá derecho a reconocimiento de ningún otro emolumento distinto al pago del valor determinado como honorarios. **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - INDEMNIDAD: El CONTRATISTA** se obliga para con **LA SUBRED NORTE** a salir al saneamiento directo y responsable por cualquier reclamación laboral, civil, penal, de responsabilidad civil extracontractual, y todas aquellas que se puedan derivar de la ejecución del presente contrato de prestación de servicios, por tanto LA SUBRED NORTE queda exonerado de toda responsabilidad judicial o extrajudicial en la ejecución del presente contrato. **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: DOCUMENTOS:** Forman parte integral del presente contrato los documentos técnicos y legales presentados por el **CONTRATISTA** y los requeridos por LA SUBRED NORTE. **CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA. CADUCIDAD, INTERPRETACIÓN UNILATERAL, MODIFICACIÓN UNILATERAL Y TERMINACIÓN UNILATERAL:** Se regirán por los preceptos contemplados en los Artículos 15, 16,

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	GTH-FO-295-008	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión:	

129

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALFREDO ROJAS.	**No. CONTRATO 1300-2016**
CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 17.445.827	**CENTRO DE COSTO:** R09A
OBJETO DEL CONTRATO: MENSAJERÍA EN MOTO.	
DURACIÓN DEL CONTRATO: 6 MESES	**TOTAL HORAS CONTRATADAS:**
FECHA INICIO: AA 2016 **MES 02 DÍA** 01	**FECHA TERMINACIÓN: AA** 2016 **MES 07 DÍA 31**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $8´568.000	**VALOR EN EL MES:** $ 1.428.000
PERIODO DE SUPERVISIÓN: 01 al 31 de julio de 2016.	**TOTAL HORAS EN EL MES:**

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIÓ		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Entrega de correspondencia externa a diferentes entidades en zona Sur de la Ciudad	X		
2	Traslado entre Hospitales de medicamentos y/o materiales médicos en calidad de préstamo	X		
3	Trámites de Pagos y/o Consignaciones bancarias	X		
4				
5				
6				
7				

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C.C. 17.445.827 de Bogotá

BEATRIZ MORENO BENAVIDES
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
C.C. **35.499.501 de Suba**

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN:Julio 31 DE 2.016

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2016-07-21
FECHA LIMITE DE PAGO:	2016-07-18
FECHA DE PAGO:	2016-07-18
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2016-07
PERIODO SALUD:	2016-07
NUMERO PLANILLA:	8665377222
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8672695342
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 800	$ 86.200	$ 87.000
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.100	$ 110.313	$ 111.413
		Total a pagar		$ 1.900	$ 196.513	$ 198.413

Copia

Hospital Simón Bolívar	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Código: GTH-CT-FO-007	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar Subred Norte E.S.E
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 1	

NOMBRES Y APELLIDOS: **LUÍS ALFREDO ROJAS**	No. ORDEN: **147 - 2016**
CÉDULA DE CIUDADANIA No. **17´445.827 DE GUAMAL**	CENTRO DE COSTO:
OBJETO DE LA ORDEN: **MENSAJERIA EN MOTO**	
DURACIÓN DE LA ORDEN: **UN (1) MES**	TOTAL HORAS CONTRATADAS (Si Aplica):
FECHA INICIO: AA **2016** MES **08** DÍA **01**	FECHA TERMINACIÓN: AA **2016** MES **08** DÍA **31**
VALOR TOTAL DE LA ORDEN: **1´428.000**	VALOR A PAGAR EN EL MES: **1´428.000**
PERIODO DE SUPERVISIÓN: **01 A 31 AGOSTO 2016**	TOTAL HORAS A PAGAR EN EL MES (Si Aplica):

No	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CUMPLIO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	ENTREGA CORRESPONDENCIA EXTERNA A DIFERENTES DESTINATARIOS EN LA ZONA SUR DE LA CIUDAD	X		
2	TRASLADO ENTRE HOSPITALES DE MEDICAMENTOS Y/O MATERIALES MÉDICOS EN CALIDAD DE PRÉSTAMO	X		
3	TRAMITES DE PAGOS Y/O CONSIGNACIONES BANCARIAS	X		
4				
5				
6				
7				

	SI		NO
¿HA RECIBIDO QUEJAS DEL CONTRATISTA?			X
¿LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS SE CUMPLIERON?	X		
¿EL OBJETO DE LA ORDEN SE EJECUTO EN FORMA OPORTUNA Y EFICIENTE?	X		
¿SE DEBE CONTINUAR CON LA ORDEN?	X		
¿PAGO SEGURIDAD SOCIAL EPS Y PENSIÓN?	X		
CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO EN FORMA TOTAL	X	PARCIAL	

NOTA: Este documento debe ser firmado por el Supervisor del contrato como soporte y certificación del cumplimiento del mismo para el pago de honorarios mensual.

LUIS ALFREDO ROJAS
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FIRMA Y CÉDULA DEL CONTRATISTA
C 17 445 827

DRA. LUISA FERNANDA CASTILLO
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR

FIRMA Y CÉDULA DEL SUPERVISOR
CC 42 H 3053

FECHA DE LA CERTIFICACIÓN **AGOSTO 25 DE 2.016**

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2016-08-18
FECHA LIMITE DE PAGO:	2016-08-17
FECHA DE PAGO:	2016-08-17
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2016-08
PERIODO SALUD:	2016-08
NUMERO PLANILLA:	8663897009
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8672695342
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.000	$ 86.200	$ 87.200
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.300	$ 110.313	$ 111.613
		Total a pagar		$ 2.300	$ 196.513	$ 198.813

PAGADO

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ROJAS LUIS ALFREDO
IDENTIFICACION:	CC-17445827
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2016-08-25
FECHA LIMITE DE PAGO:	2016-08-25
FECHA DE PAGO:	2016-08-25
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2016-08
PERIODO SALUD:	2016-08
NUMERO PLANILLA:	8663564692
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8663564692
TIPO DE PLANILLA:	N1

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 600	$ 30.000	$ 30.600
			Total a pagar	$ 600	$ 30.000	$ 30.600

PAGADO

17448827

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E	SOLICITUD DE OTROSI AL CONTRATO/OPS	CODIGO: AJ-F-03-01
		VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E ASESORIA JURIDICA	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA: 01/08/2016

Fecha de Solicitud: d/m/a	2016/11/04	Fecha de Recepción: d/m/a	

ADICIÓN [ ] **PRORROGA** [x] **OTRO (*)** [ ]

VALOR [ ] **TIEMPO** 25 DIAS

DATOS DEL SOLICITANTE

No Contrato OPS	3943	CONTRATISTA:	ROJAS LUIS ALFREDO

OBJETO: Prestar los servicios como **MENSAJERO**, Dar cumplimiento al Acuerdo 060 de 2001 del Consejo Directivo del Archivo General de la Nación, por el cual se establecen pautas para la administración de las comunicaciones en las entidades oficiales y privadas que cumplen funciones públicas, desarrollando los procesos de producción, recepción, radicación, distribución, seguimiento, conservación y consulta de los documentos en la Subred Norte E.S.E., Unidad Prestadora de Servicios de Salud Simon Bolivar

VALOR INICIAL	CDP	FECHA CDP	CRP	FECHA CRP
1,666,000.00	1540	2016/09/30	23885	2016/10/01

FECHA INICIO 2016/10/01 **FECHA TERMINACIÓN** 2016/11/05

*** DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN**

PRORROGAR (25) DIAS AL CONTRATO No 3943 DE 2016

JUSTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN

TENIENDO EN CUENTA QUE EL CONTRATO SE HA EJECUTADO EN UN 86% DEL VALOR TOTAL, SE REQUIERE PRORROGAR EL CONTRATO No 3943 DE 2016 CON EL FIN DE GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LAS NECESIDADES DEL SERVICIO DE **GESTION DOCUMENTAL**, COMO **MENSAJERO**

ADICIONES		VALOR ADICIONADO		CDP	FECHA CDP	CRP		FECHA CRP
Adición No 1		0						
Adición No 2		0						
Adición No 3		0						

PRORROGAS		TIEMPO PRORROGADO		REINTEGROS	VALOR REINTEGRADO
Prorroga No 1					
Prorroga No 2					
Prorroga No 3					

BALANCE FINANCIERO

VALOR. CONTRATADO	$	1,666,000.00
VALOR. EJECUTADO	$	1,428,000.00
TOTAL GLOSA		
SALDO CONTRATO	$	2,380,000.00
% EJECUCIÓN		86%

Firmas		Firma del responsable del área o centro de atención: LUISA FERNANDA CASTILLO RODRIGUEZ	
		VoBo. Subgerente Administrativo y Financiero y/o Servicios: DIANA ELIZABETH CARVAJAL MARTINEZ	
		Firma Gerente: YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ	

17.445.827

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	SOLICITUD DE OTROSI AL CONTRATO/OPS	CODIGO: AJ-F-03-01
		VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E ASESORIA JURIDICA	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA: 01/08/2016

Fecha de Solicitud: d/m/a	18/11/2016	Fecha de Recepción: d/m/a	

ADICIÓN [X] **PRORROGA** [ ] **OTRO (*)** [ ]

VALOR $ 1.190.000,00 **TIEMPO**

DATOS DEL SOLICITANTE

No Contrato OPS	3943	CONTRATISTA:	ROJAS LUIS ALFREDO CC: 17445827

OBJETO:	Prestar los servicios como **MENSAJERO**, Dar cumplimiento al Acuerdo 060 de 2001 del Consejo Directivo del Archivo General de la Nación, por el cual se establecen pautas para la administración de las comunicaciones en las entidades oficiales y privadas que cumplen funciones públicas, desarrollando los procesos de producción, recepción, radicación, distribución, seguimiento, conservación y consulta de los documentos en la Subred Norte E.S.E., Unidad Prestadora de Servicios de Salud Simon Bolivar

VALOR INICIAL	CDP	FECHA CDP	CRP	FECHA CRP
$ 1.666.000,00	1540	30/09/2016	23885	01/10/2016

FECHA INICIO 01/10/2016 **FECHA TERMINACIÓN** 30/11/2016

*** DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN**

ADICIONAR EN (25) DIAS POR UN VALOR DE UN MILLON CIENTO NOVENTA MIL PESOS $ 1.190.000 AL CONTRATO No 3943 DE 2016

JUSTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN

TENIENDO EN CUENTA QUE EL CONTRATO SE HA EJECUTADO EN UN 86% DEL VALOR TOTAL, SE REQUIERE PRORROGAR EL CONTRATO No 3943 DE 2016 CON EL FIN DE GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LAS NECESIDADES DEL SERVICIO DE **GESTION DOCUMENTAL**, COMO **MENSAJERO**

ADICIÓNES		VALOR ADICIONADO		CDP	FECHA CDP	CRP		FECHA CRP
Adición No 1		0						
Adición No 2		0						
Adición No 3		0						

PRORROGAS		TIEMPO PRORROGADO		REINTEGROS	VALOR REINTEGRADO
Prorroga No 1		25 DÍAS			
Prorroga No 2					
Prorroga No 3					

BALANCE FINANCIERO

VALOR. CONTRATADO	$	1.666.000,00
VALOR. EJECUTADO	$	1.428.000,00
TOTAL GLOSA		
SALDO CONTRATO	$	238.000,00
% EJECUCIÓN		86%

Firmas		**Firma del responsable del área o centro de atención:** **LUISA FERNANDA CASTILLO RODRIGUEZ**	
		VoBo. Subgerente Administrativo y Financiero y/o Servicios: ALVARO IGNACIO GUERRERO DEVIA	
		Firma Gerente: **YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ**	

17.445.827

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	SOLICITUD DE OTROSI AL CONTRATO/OPS	CODIGO: AJ-F-03-01
		VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E ASESORIA JURIDICA	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA: 01/08/2016

Fecha de Solicitud: d/m/a	30/11/2016	Fecha de Recepción: d/m/a	

ADICIÓN [X] **PRORROGA** [X] **OTRO (*)** [ ]

VALOR $ 1.428.000,00 **TIEMPO** 1 MES

DATOS DEL SOLICITANTE

No Contrato OPS	3943	CONTRATISTA:	ROJAS LUIS ALFREDO CC: 17445827

OBJETO:	Prestar los servicios como **MENSAJERO**, Dar cumplimiento al Acuerdo 060 de 2001 del Consejo Directivo del Archivo General de la Nación, por el cual se establecen pautas para la administración de las comunicaciones en las entidades oficiales y privadas que cumplen funciones públicas, desarrollando los procesos de producción, recepción, radicación, distribución, seguimiento, conservación y consulta de los documentos en la Subred Norte E.S.E., Unidad Prestadora de Servicios de Salud Simon Bolivar

VALOR INICIAL	CDP	FECHA CDP	CRP	FECHA CRP
$ 1.666.000,00	1540	30/09/2016	23885	01/10/2016

FECHA INICIO 01/10/2016 **FECHA TERMINACIÓN** 30/11/2016

*** DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN**

ADICIONAR Y PRORROGAR EN (30) DIAS POR UN VALOR DE $ 1.428.000 AL CONTRATO No 3943 DE 2016

JUSTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN

TENIENDO EN CUENTA QUE EL CONTRATO SE HA EJECUTADO EN UN 100% DEL VALOR TOTAL, SE REQUIERE ADICIONAR PRORROGAR EL CONTRATO No 3943 DE 2016 CON EL FIN DE GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LAS NECESIDADES DEL SERVICIO DE **GESTION DOCUMENTAL**, COMO **MENSAJERO**

ADICIÓNES		VALOR ADICIONADO		CDP	FECHA CDP	CRP		FECHA CRP
Adición No 1		$ 1.190.000,00						
Adición No 2		0						
dición No 3		0						

PRORROGAS		TIEMPO PRORROGADO		REINTEGROS	VALOR REINTEGRADO
Prorroga No 1		25 DÍAS			
Prorroga No 2					
Prorroga No 3					

BALANCE FINANCIERO

VALOR. CONTRATADO	$	2.856.000,00
VALOR. EJECUTADO	$	2.856.000,00
TOTAL GLOSA		
SALDO CONTRATO		
% EJECUCIÓN		100%

Firmas		Firma del responsable del área o centro de atención: LUISA FERNANDA CASTILLO RODRIGUEZ	
		VoBo. Subgerente Administrativo y Financiero y/o Servicios: ALVARO IGNACIO GUERRERO DEVIA	
		Firma Gerente: YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ	