

|  |   |                                  |  |
|--|---|----------------------------------|--|
|  | GJU-849-DI-FT-541                       | Página 1 de 3                    |  |
|  | MINUTA ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión: 01<br>Fecha: 2009-06-24 |  |

ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 618 DE 2009

**OBJETO:** Desarrollar actividades de Salud Pública, enfocadas al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad de Bosa a través de acciones de planeación, ejecución, verificación y mejoramiento continuo, que garanticen el cumplimiento de metas y objetivos institucionales; así como también apoyando la ejecución de todos los programas de promoción y prevención del Hospital y realizar labores a nivel auxiliar de enfermería en la atención de individuos, familia y comunidad y / o auxiliar de laboratorio clínico a fin de brindar apoyo logístico con calidad y oportunidades en el área de enfermería.

**CONTRATANTE:** HOSPITAL PABLO VI BOSA – E.S.E.  
**CONTRATISTA:** MILENA PATRICIA LÓPEZ CASTRO  
**VALOR TOTAL:** ✓ \$ 1.300.000,00  
**DURACION:** *A partir de la fecha de oficio de ejecución y hasta el 31/08/2009. ✓*

Entre los suscritos GLORIA LIBIA POLANIA AGUILLON, domiciliada y residente en esta ciudad, identificada con la cédula de ciudadanía número 51.921.553 de Bogotá, actuando en nombre y representación de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL, en calidad de Gerente, nombrada mediante Decreto No. 176 del 13 de junio de 2008 y acta de posesión del 17 de junio de 2008 y como tal facultada para celebrar la presente orden de prestación de servicios de conformidad con el Acuerdo 017 del 10 de Diciembre de 1997 y el Estatuto de Contratación de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL PABLO VI BOSA, por una parte y por la otra MILENA PATRICIA LÓPEZ CASTRO, mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de la firma, quien en adelante se denomina el CONTRATISTA, hemos acordado celebrar la presente Orden de Prestación de Servicios que se rige por lo señalado en el numeral 6º del artículo 195 de la ley 100 de 1993 y demás normas que regulan la materia y en especial por las siguientes CLÁUSULAS:

**PRIMERA.- OBJETO:** El objeto de la presente orden de prestación de servicios será Desarrollar actividades de Salud Pública, enfocadas al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad de Bosa a través de acciones de planeación, ejecución, verificación y mejoramiento continuo, que garanticen el cumplimiento de metas y objetivos institucionales; así como también apoyando la ejecución de todos los programas de promoción y prevención del Hospital y realizar labores a nivel auxiliar de enfermería en la atención de individuos, familia y comunidad y / o auxiliar de laboratorio clínico a fin de brindar apoyo logístico con calidad y oportunidades en el área de enfermería. Como AUXILIAR DE ENFERMERIA por horas de acuerdo a programación de agenda en el Hospital Pablo VI Bosa E.S.E. y durante los horarios de atención establecidos por la institución para las diferentes áreas.

**SEGUNDA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** El CONTRATISTA se obliga para con el HOSPITAL a realizar las siguientes actividades: En el caso de ser asignado a centro de salud y / o grupo extramural PAI

1. Realizar actividades de Auxiliar de enfermería asignadas de acuerdo a los programas y planes de acción de la institución.
2. Educar al individuo, familia y comunidad en los aspectos de prevención, promoción, tratamiento de los principales problemas de salud que afectan la población del área de influencia.
3. Realizar las actividades programadas en el servicio para la atención del usuario teniendo en cuenta normas técnicas y administrativas.
4. Reclamar y entregar historias clínicas a Estadística.
5. Distribuir las historias clínicas en cada consultorio.
6. Administrar medicamentos de acuerdo con la prescripción médica y la asignación de la enfermera jefe.
7. Entrevistar y preparar al paciente de acuerdo a la consulta e impartiendo la educación requerida.
8. Mantener sus respectivos servicios en orden y estricta limpieza.
9. Esterilizar, preparar y responder por el material, equipos y elementos a su cargo.
10. Administrar la dieta prescrita al paciente de acuerdo a normas técnico científicas.
11. Desarrollar las actividades del programa ampliado de inmunización (PAI) de acuerdo a las normas técnico-administrativas vigentes.
12. Realizar el registro diario y consolidado mensual de las actividades realizadas en el sitio de trabajo.
13. Realizar las acciones de salud pública de su responsabilidad en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y vigilancia en salud pública a nivel Nitra y extramural, necesarios en los diferentes grupos del ciclo evolutivo de acuerdo con la normatividad vigente.
14. Apoyar el desarrollo de estrategias de participación social, con los diferentes actores locales con el fin garantizar la pertinencia y efectividad de las intervenciones.
15. Colaborar en actividades intra y extrahospitalarias para el desarrollo de los programas de salud de la Institución.
16. Participar en las acciones en vigilancia epidemiológica para situaciones que sean factor de riesgo para la población.
17. Participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de salud de la comunidad.
- 18.

|  |  |                                  |  |
|--|--|----------------------------------|--|
|  | GJU-849-DI-FT-541                              | Página 2 de 3                    |  |
|  | <b>MINUTA ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> | Versión: 01<br>Fecha: 2009-06-24 |  |

Propiciar las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud 19. Solicitar al coordinador y/o líder del área los recursos necesarios y hacer uso racional de los bienes a su cargo. 20. Promover en su área de trabajo la participación de la comunidad en actividades de salud e impulsar y motivar la conformación de grupos de participación social. 21. Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad. 22. Aplicar las normas, guías y protocolos en el ámbito de su cargo que garanticen la adecuada prestación del servicio. 23. Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de cada una de las localidades del área de influencia de la Empresa Social del Estado. 24. Reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio al líder. 25. Actualizar los procesos y procedimientos inherentes a su cargo. 26. Realizar el control interno sobre las funciones propias del cargo. 27. Ejercer las demás funciones que le sean asignadas y sean afines con la naturaleza del objeto del contrato. En el caso de ser asignado a laboratorio clínico: 1. Realizar toma de muestras, clasificarlas y distribuir las para las diferentes secciones del laboratorio. 2. Recibir y recolectar las muestras que se van a analizar de acuerdo con los exámenes solicitados, preparar el material necesario para su procesamiento y montar las pruebas requeridas. 3. Dar instrucciones específicas al usuario sobre la forma de recolección de las muestras y las condiciones como se debe presentar al amen. 4. Entregar los resultados de los análisis al solicitante. 5. Colaborar en actividades intra y extrahospitalarias para el desarrollo de los programas de salud. 6. Responder por elementos y equipos que estén bajo su cuidado. 7. Participar en las acciones en vigilancia epidemiológica para situaciones que sean factor de riesgo para la población. 8. Propiciar las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud. 9. Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad. 10. Aplicar las normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio. 11. Reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio al jefe inmediato. 12. Actualizar los procesos y procedimientos inherentes a su cargo. 13. Realizar el control interno sobre las funciones propias del cargo. 14. Ejercer las demás funciones que le sean asignadas y sean afines con la naturaleza de su cargo. 15. En el caso de ser asignado a la ruta de la salud. 16. Ejercer las demás funciones que le sean asignadas y sean afines con la naturaleza de su cargo. 22. Aplicar las normas, guías y protocolos en el ámbito de su cargo que garanticen la adecuada prestación del servicio. 23. Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de cada una de las localidades del área de influencia de la Empresa Social del Estado. 24. Reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio al líder y/o coordinador del área. 25. Actualizar los procesos y procedimientos inherentes a su cargo. 26. Realizar el control interno sobre las funciones propias del cargo. 27. Ejercer las demás funciones que le sean asignadas y sean afines con la naturaleza del objeto contratado. En el caso de ser asignado a laboratorio clínico. 1. Realizar toma de muestras, clasificarlas y distribuir las para las diferentes secciones del laboratorio. 2. Recibir y recolectar las muestras que se van a analizar de acuerdo con los exámenes solicitados, preparar el material necesario para su procesamiento y montar las pruebas requeridas. 3. Dar instrucciones específicas al usuario sobre la forma de recolección de las muestras y las condiciones como se debe presentar al amen. 4. Entregar los resultados de los análisis al solicitante. 5. Colaborar en actividades intra y extrahospitalarias para el desarrollo de los programas de salud. 6. Responder por elementos y equipos que estén bajo su cuidado. 7. Participar en las acciones en vigilancia epidemiológica para situaciones que sean factor de riesgo para la población. 8. Propiciar las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud. 9. Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad. 10. Aplicar las normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio. 11. Reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio al líder y/o coordinador del área. 12. Actualizar los procesos y procedimientos inherentes a su cargo. 13. Realizar el control interno sobre las funciones propias del cargo. 14. Ejercer las demás funciones que le sean asignadas y sean afines con la naturaleza de su cargo. En el caso de ser asignado a la ruta de la salud 1. Ejercer las demás funciones que le sean asignadas y sean afines con la naturaleza del cargo. Además de las anteriores el contratista tendrá las siguientes: a) Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Reglamentos o cualquier acto de autoridad Nacional o Distrital vigentes que tenga relación con la ejecución del objeto de la presente orden de prestación de servicios b) Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos o bienes muebles del Hospital entregados para la ejecución de las actividades propias del objeto de la presente orden de prestación de servicios. c) Pagar sus aportes de salud, pensión y riesgos profesionales durante la ejecución del la presente orden de prestación de servicios sobre los montos legales establecidos. d) Dar cumplimiento a las guías de manejo, planes de

|   |  |                                  |   |
|---|--|----------------------------------|---|
|  | GJU-849-DI-FT-541                              | Página 3 de 3                    |  |
|   | <b>MINUTA ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> | Versión: 01<br>Fecha: 2009-06-24 |   |

mejoramiento, procesos y procedimientos institucionales. e) Responder por las Glosas Generadas en el desarrollo de las obligaciones contenidas en la cláusula segunda de la presente orden de prestación de servicios. f) Abstenerse de divulgar la información almacenada en algún medio o dispositivo de cualquier tipo que pertenezca o utilice a la institución, sin el consentimiento de las directivas del mismo. **PARÁGRAFO PRIMERO-** El contratista autoriza al Hospital a solicitar información sobre el estado de cuenta al Fondo de Pensiones y E.P.S. **PARÁGRAFO SEGUNDO:-** Las partes de común acuerdo manifiestan que el contratista estará afiliado a una Entidad Administradora de Riesgos Profesionales A.R.P., que será la misma Entidad en la que se encuentra afiliado el Hospital. **TERCERA.- VALOR:** El valor total de la presente orden de prestación de servicios para todos sus efectos se fija en la suma de UN MILLÓN TRESCIENTOS MIL PESOS moneda corriente. (\$ 1.300.000,00) **CUARTA- FORMA DE PAGO:** El Hospital Pablo VI Bosa E.S.E, cancelará el valor total de la orden de prestación de servicios a suscribir a título de honorarios, por mensualidades vencidas o por fraccionamiento de tiempo cuando se requiera y de conformidad a los valores estipulados en la certificación de pago que para este efecto expida el interventor de la presente orden de prestación de servicios. 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 con el visto bueno del Interventor y Supervisor en caso de haber sido designado, y 2. Certificación de los respectivos pagos al Sistema General de Seguridad Social en salud, pensiones y riesgos profesionales del respectivo mes expedida por la oficina jurídica. Si EL CONTRATISTA pertenece al REGIMEN COMUN deberá presentar para cada uno de los pagos la correspondiente factura. Para el último pago será requisito presentar el Acta de Liquidación de la orden de prestación de servicios suscrita con el Interventor y Supervisor y los Paz y Salvos de Inventarios y de Archivo sobre la devolución de bienes y documentos a su cargo. **PARAGRAFO: RETENCIONES:** Para cumplir con las obligaciones fiscales de ley, el Hospital efectuará las siguientes deducciones por impuestos Nacionales y Distritales: a. Retención en la fuente por concepto de honorarios, b. Retención por Impuesto de Industria y Comercio y c. Retención en la fuente por concepto del Impuesto sobre las Ventas-IVA, esta última cuando el contratista pertenezca al régimen común. En todo caso las retenciones que el Hospital efectúe, estarán a cargo del CONTRATISTA. **QUINTA.- TÉRMINO DE EJECUCIÓN:** El término de ejecución de la presente orden de prestación de servicios será a partir de la fecha del oficio de ejecución y hasta el 31/08/2009. **SEXTA: TERMINACION ANTICIPADA:** El Hospital Pablo VI Bosa I Nivel Empresa Social del Estado, podrá terminar anticipadamente la presente orden de prestación de servicios en cualquier momento, por razones presupuestales o necesidades del servicio, por lo tanto no habrá lugar a indemnizaciones, ni a reconocimiento alguno al CONTRATISTA por dicha terminación, solamente bastará comunicarle con Diez (10) días hábiles de anticipación la decisión tomada por el Hospital. **SEPTIMA.- OBLIGACIONES DEL HOSPITAL:** El HOSPITAL, se compromete para con el CONTRATISTA además de cumplir con el pago de los honorarios señalados en el presente orden de prestación de servicios, a facilitar la documentación e información necesaria que requiera el CONTRATISTA para el cumplimiento de sus actividades. **OCTAVA.- CESIÓN O SUBCONTRATACION DE LA ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS:** El contratista no podrá subcontratar o ceder parcial o totalmente los derechos y obligaciones emanados de esta orden de prestación de servicios a persona natural o jurídica, sea nacional o extranjera. **NOVENA SUSPENSIÓN:** a) Por circunstancias de fuerza mayor ó caso fortuito debidamente comprobados se podrá suspender temporalmente la ejecución de la presente orden de prestación de servicios; b) De común acuerdo entre las partes, mediante la suscripción de un acta en la que conste la causa de la misma. El término de la suspensión no podrá ser computable para efectos del plazo extintivo, ni dará derecho a exigir indemnización alguna, ni reclamar honorarios diferentes a los causados a la fecha de la suspensión. **DECIMA - GARANTÍAS:** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones contraídas, EL CONTRATISTA se compromete a constituir a favor del HOSPITAL una póliza en una compañía de seguros debidamente establecida en Bogotá D.C., cuya póliza matriz se encuentre legalmente aprobada por la Superintendencia Bancaria, que avale el cumplimiento de las obligaciones surgidas de la orden de prestación de servicios, manteniéndose vigentes durante la ejecución y liquidación de la misma y ajustándose a los límites de existencia y extensión del riesgo amparado así: **De cumplimiento:** que ampare el cumplimiento de las obligaciones contenidas en la cláusula segunda de la presente orden, por cuantía equivalente al 10% del valor de la orden de prestación de servicios y una vigencia igual al plazo de la orden de prestación de servicios y un (1) año más. **DECIMA PRIMERA: CLAUSULA PENAL PECUNARIA:** En caso de incumplimiento total o parcial de las obligaciones por parte del CONTRATISTA este pagará al Hospital Pablo VI Bosa E.S.E. I Nivel, a título de cláusula Penal, una suma equivalente al diez por ciento (10%) del valor total de la orden de prestación de servicios, que se imputará de la

★

40

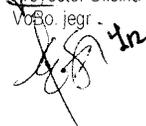
|   |  |                                  |   |
|---|--|----------------------------------|---|
|  | GJU-849-DI-FT-541                              | Página 4 de 3                    |  |
|   | <b>MINUTA ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> | Versión: 01<br>Fecha: 2009-06-24 |   |

indemnización de los perjuicios que se causen por el incumplimiento. **CONTRATISTA. DECIMA SEGUNDA.- INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES.** El **CONTRATISTA**, afirma bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma de la presente orden de prestación de servicios, que no se halla incurso en ninguna de las causales de inhabilidad ni incompatibilidad para celebrar orden de prestación de servicios con el **HOSPITAL**, de conformidad con la Ley. **DECIMA TERCERA- DOCUMENTOS DE LA ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS:** Forman parte integrante de la presente orden de prestación de servicios los siguientes documentos: a) Formato de Estudios Previos debidamente diligenciado. b) Afiliación al fondo de Pensiones y Administradora de Riesgos Profesionales A.R.P. c) Afiliación a una Entidad Promotora de Salud d) Certificado de disponibilidad presupuestal. e) Fotocopia del Registro Único Tributario RUT. f) Todos los demás documentos que sirvan de fundamento para su ejecución. **DÉCIMA CUARTA -CAUSALES DE TERMINACION DE LA ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS:** a) Por terminación del término de ejecución b) Por mutuo acuerdo entre las partes. c) Por muerte del contratista. d) Por incumplimiento de las obligaciones especiales del contratista especificadas en la cláusula Séptima, sin que por esto medie indemnización alguna por parte del Hospital. e) Por incumplimiento grave de las actividades contenidas en la cláusula segunda de la presente orden. **DÉCIMA QUINTA- DOMICILIO:** Para todos los efectos el domicilio contractual es la ciudad de Bogotá, D.C. **DÉCIMA SEXTA - IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL:** El valor de la presente orden de prestación de servicios será cancelado por el Hospital con cargo al certificado de Disponibilidad Presupuestal Número 646 del 14 de Julio de 2009 expedido por la coordinación del presupuesto del Hospital PABLO VI BOSA I Nivel Empresa Social del Estado. **DECIMA SEPTIMA.- PERFECCIONAMIENTO:** La presente orden de prestación de servicios se perfeccionará con la firma de las partes **DECIMA OCTAVA: INTERVENTORIA Y SUPERVISION:** La interventoria de la orden de prestación de servicios será ejercida por el (la) Líder CAMI o quien haga sus veces, quien expedirá la certificación de cumplimiento de las obligaciones. **DECIMA NOVENA:- EXCLUSIÓN DE RELACION LABORAL.-** La presente orden de prestación de servicios personales, 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 Hospital. Para constancia se firma en Bogotá, D.C., el día 16/07/2009 .

  
**GLORIA LIDIA POLANIA AGUILLON**  
**HOSPITAL**

Proyecto: Oficina Jurídica Revisó: gmg /acc

Vobo. jegr.

 4n.

  
**MILENA PATRICIA LÓPEZ CASTRO** C.C. 52469541  
 Contratista

Bogotá D.C., 22 de Julio de 2009

Doctor(a)  
**GLORIA AMANDA SALINAS**  
 Lider CAMI  
 E. S. D.

Respetado(a) Dr (a):

De la manera más atenta me permito informarle que el HOSPITAL PABLO VI BOSA - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ha celebrado orden de prestación de servicios para el Hospital con **MILENA PATRICIA LÓPEZ CASTRO** mediante orden de prestación de servicios No. 618 de 16 de Julio de 2009.

Por lo tanto y de conformidad con las funciones asignadas a su cargo ha sido designado (a) como interventor de la orden de prestación de servicios en cuestión, para lo cual deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

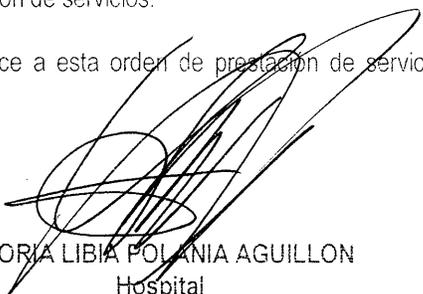
- 1.- Supervisar y coordinar la ejecución de la orden de prestación de servicios y el cumplimiento de las obligaciones del Contratista contenidas en la cláusula segunda del contrato.
2. Supervisar y coordinar que el contratista realice las entregas del objeto contractual en los términos y tiempos que designe el Hospital.
3. Formular al contratista las observaciones que estime pertinentes para mejores resultados en la ejecución de la orden de prestación de servicios.
- 4.- Rechazar las conductas del Contratista, que no se ajusten a las normas técnicas de la orden de prestación de servicios.
5. Certificar ante la administración que lo ejecutado por el contratista se ajusta a la técnica y a la orden de prestación de servicios.
- 6.- Presentar reportes a quien corresponda sobre los actividades y/o productos que del objeto realice el contratista, a partir del oficio de ejecución.
- 7.- Certificación a la Gerencia del Hospital, con copia a la oficina jurídica sobre el desarrollo de la orden de prestación de servicios y sobre la ejecución satisfactoria del servicio para efectos de pagos; así como para prórrogas o adiciones en caso de ser concertadas.

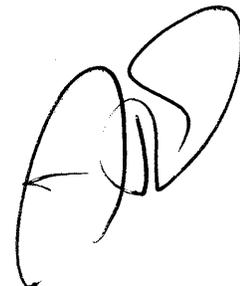
PARÁGRAFO: Se aclara al señor(a) interventor(a) que la indebida expedición de certificación de cumplimiento de orden de prestación de servicios bajo su cargo, conlleva responsabilidades individuales de tipo penal, disciplinario, fiscal y administrativo.

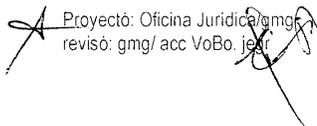
Adjunto encontrará copia de la orden de prestación de servicios.

Del empeño y adecuada supervisión que realice a esta orden de prestación de servicios, dependerá la buena marcha del servicio.

Cordialmente,

  
 GLORIA LIBIA POLANÍA AGUILLÓN  
 Hospital



Proyectó: Oficina Jurídica/gmg  
 revisó: gmg/ acc VoBo. jefc  




**POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL**  
**ENTIDAD ESTATAL**

NIT. 860.009.578-6

|   |     |      |                                    |     |      |                            |     |                                      |      |                   |                  |                           |  |
|---|-----|------|------------------------------------|-----|------|----------------------------|-----|--------------------------------------|------|-------------------|------------------|---------------------------|--|
| <b>Ciudad de Expedición</b><br>BOGOTA, D.C. |     |      | <b>Sucursal</b><br>ANTIGUO COUNTRY |     |      | <b>Cod. Sucursal</b><br>21 |     | <b>No. Póliza</b><br>21-44-101041149 |      | <b>Anexo</b><br>0 |                  |                           |  |
| <b>Fecha Expedición</b>                     |     |      | <b>Vigencia Desde</b>              |     |      | <b>A las</b>               |     | <b>Vigencia Hasta</b>                |      | <b>A las</b>      |                  | <b>Tipo de Movimiento</b> |  |
| Día   | Mes | Año  | Día                                | Mes | Año  | Horas                      | Día | Mes                                  | Año  | Horas             | EMISION ORIGINAL |                           |  |
| 22  | 07  | 2009 | 22                                 | 07  | 2009 | 00:00                      | 31  | 08                                   | 2010 | 00:00             |                  |                           |  |

**DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |                   |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------------------|--|-------------------|--|
| <b>Nombre o Razon Social</b> LOPEZ CASTRO, MILENA PATRICIA |  |  |  |  |  |  |  | <b>Identificación</b> : 52.469.541 |  |                   |  |
| <b>Dirección</b> : HOSP. PABLI VI BOSA                     |  |  |  |  |  | <b>Ciudad</b> : BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL |  |                                    |  | <b>Teléfono</b> : |  |

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

|   |  |  |  |  |  |  |  |                                       |  |                           |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------------------|--|---------------------------|--|
| <b>Asegurado / Beneficiario</b> : EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL PABLO VI BOSA. |  |  |  |  |  |  |  | <b>Identificación</b> : 800.219.600-3 |  |                           |  |
| <b>Dirección</b> : CRA 78 A BIS NO. 69 B 76 SUR                                       |  |  |  |  |  | <b>Ciudad</b> : BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL |  |                                       |  | <b>Teléfono</b> : 7799800 |  |

**OBJETO DEL SEGURO**

Con sujeción a las condiciones generales de la póliza que se anexan, que forman parte integrante de la misma y que el asegurado y el tomador declaran haber recibido, Seguros del Estado S.A., garantiza:

GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LA ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 618 CELEBRADO CON EL HOSPITAL PABLO VI DE BOSA E.S.E.

**AMPAROS**

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS.

| AMPAROS      | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG/ACTUAL |
|--------------|----------------|----------------|------------------|
| CUMPLIMIENTO | 22/07/2009     | 31/08/2010     | \$130,000.00     |

**OBSERVACIONES**

| Valor Prima Neta  | Gastos Expedición | IVA              | Total a Pagar     | Valor Asegurado Total | Fecha Limite de Pago |
|-------------------|-------------------|------------------|-------------------|-----------------------|----------------------|
| \$ *****20,000.00 | \$ *****5,000.00  | \$ *****4,000.00 | \$ *****29,000.00 | \$ *****130,000.00    | / /                  |

**INTERMEDIARIO**

**DISTRIBUCION COASEGURO**

| Nombre                     | Clave | % de Part. | Nombre Compañía | % Part. | Valor Asegurado |
|----------------------------|-------|------------|-----------------|---------|-----------------|
| LITZENDRAHT MORA CIFUENTES | 71517 | 100.00     |                 |         |                 |

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO

Para efectos de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es Calle 83 No 19-10 - Telefono: 6-917963

FIRMA AUTORIZADA: Ramiro Garcia Berrio - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogota D.C. Telefono: 2186977

AIDARODRIGU



**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO  
EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES**

No. \_\_\_\_\_

**1. AMPAROS**

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECCIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR LOS INCUMPLIMIENTOS QUE, ATRIBUIBLES A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO PODRÁ RECLAMAR EL VALOR ASEGURADO DE UN AMPARO PRETENDIENDO LA INDEMNIZACIÓN DE OTROS QUE, NO SON ACUMULABLES Y SON EXCLUYENTES ENTRE SÍ, SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

**1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA**

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE CAUSE EL INCUMPLIMIENTO IMPUTABLE AL PROPONENTE GARANTIZADO, MATERIALIZADO EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- 1.1.1 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO Y GARANTIZADO.-
- 1.1.2 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUANDO EL TÉRMINO PREVISTO EN LOS PLIEGOS PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SE PRORROGUE, SIEMPRE Y CUANDO LA PRÓRROGA NO EXCEDA UN PLAZO DE TRES (3) MESES.-
- 1.1.3 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO Y GARANTIZADO, DE LA GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, EXIGIDA POR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.-
- 1.1.4 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL TÉRMINO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS PROPUESTAS.
- 1.1.5 LA FALTA DE PAGO DE LOS DERECHOS DE PUBLICACIÓN EN EL DIARIO ÚNICO DE CONTRATACIÓN

PREVISTO COMO UNO DE LOS REQUISITOS DE LEGALIZACIÓN DEL CONTRATO.

**1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.**

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUEN A CAUSAR, CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN, (II) O EL USO INDEBIDO Y (III) O LA APROPIACIÓN INDEBIDA QUE EL CONTRATISTA GARANTIZADO, REALICE DE LOS DINEROS O BIENES QUE SE LE HAYAN ENTREGADO EN CALIDAD DE ANTICIPO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO. CUANDO SE TRATE DE BIENES DISTINTOS DE DINERO, ENTREGADOS COMO ANTICIPO, ÉSTOS DEBERÁN HABERSE TASADO PREVIAMENTE EN MONEDA LEGAL COLOMBIANA EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

**1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGOS ANTICIPADOS**

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DEL PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, DE LOS DINEROS QUE LE FUERON ENTREGADOS A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR. CUANDO SE TRATE DE BIENES, DISTINTOS AL DINERO, ENTREGADOS COMO PAGO ANTICIPADO, ÉSTOS DEBERÁN HABERSE TASADO PREVIAMENTE EN MONEDA LEGAL COLOMBIANA EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

PARA EFECTO DE LOS AMPAROS PREVISTOS EN LOS NUMERALES 1.2 Y 1.3, DE ESTA CONDICIÓN, SALVO ACEPTACIÓN EXPRESA Y PREVIA DE SEGURESTADO, NO SE CUBRIRÁN ANTICIPOS O PAGOS ANTICIPADOS ENTREGADOS AL GARANTIZADO, EN DINERO EN EFECTIVO O EN TÍTULOS VALORES DIFERENTES AL CHEQUE.

**1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO**

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE LE OCASIONE EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DE LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS POR EL GARANTIZADO, POR LA FIRMA DEL CONTRATO, ASÍ COMO POR SU CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO, CUANDO ELLOS SEAN IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO.- ESTE AMPARO COMPRENDE LA GARANTÍA PARA EL PAGO DEL VALOR DE

LAS MULTAS ASÍ COMO DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA, SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

#### 1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGAREN A OCASIONAR, A RAÍZ DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES QUE SE ENCUENTRE OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA VINCULACIÓN LABORAL DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE POR LA SOLIDARIDAD LABORAL SE VEA OBLIGADA A ASUMIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.

ESTE AMPARO EN NINGÚN EVENTO, CUBRE AL PERSONAL VINCULADO POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO, BAJO MODALIDADES DIFERENTES A LAS DE UN CONTRATO DE TRABAJO.

#### 1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

#### 1.7 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS

EL AMPARO DE CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA POR LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO (I) ORIGINADOS POR LA MALA CALIDAD O DEFICIENCIAS TÉCNICAS DE LOS BIENES O EQUIPOS POR ÉL SUMINISTRADOS, DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO GARANTIZADO O (II) POR EL INCUMPLIMIENTO DE LOS PARÁMETROS O NORMAS TÉCNICAS ESTABLECIDAS PARA EL RESPECTIVO BIEN O EQUIPO, UNA VEZ SEAN RECIBIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.

#### 1.8 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, QUE SURJAN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA MALA CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO, TENIENDO EN CUENTA LAS CONDICIONES PACTADAS EN EL MISMO.

#### 1.9 RESPONSABILIDAD FISCAL

ESTA PÓLIZA CUBRIRÁ TAMBIÉN, LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, IMPUTABLES AL CON-

TRATISTA GARANTIZADO, Y DERIVADOS DE UN FALLO CON RESPONSABILIDAD FISCAL, SIEMPRE Y CUANDO TALES PERJUICIOS IMPLIQUEN UN DETRIMENTO PATRIMONIAL PARA LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, CON OCASIÓN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES SURGIDAS A CARGO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, Y QUE SE ENCUENTREN BAJO LA COBERTURA DE CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN ESTA GARANTÍA ÚNICA. NO PROCEDERÁ ESTA COBERTURA, SI LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HUBIERE DIRECTAMENTE ELLA, HECHO EFECTIVOS TALES AMPAROS, A TRAVÉS DE LOS RESPECTIVOS ACTOS ADMINISTRATIVOS.

## 2. EXCLUSIONES

LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARÁN CUANDO LOS DAÑOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES, LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA (LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA).

2.2 DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO, A LOS BIENES DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO DESTINADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL, DURANTE LA EJECUCIÓN DE ÉSTE.

2.3 EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE SE ENCUENTRE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.

2.4 EL DEMÉRITO O DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSCURSO DEL TIEMPO.

## 3. SUMA ASEGURADA

La suma asegurada, determinada en la carátula de esta póliza para cada amparo, delimita la responsabilidad máxima de **SEGURESTADO** en caso de siniestro.

## 4. VIGENCIA

La vigencia de los amparos otorgados en la presente póliza, se hará constar en la carátula de la misma o en sus anexos.

## 5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA

Para lograr la efectividad de cualquiera de los amparos otorgados en esta póliza, **LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA**, le corresponderá demostrar la ocurrencia del siniestro y acreditar la cuantía de la pérdida, previo agotamiento del derecho de defensa y el debido proceso que le asisten tanto al contratista **GARANTIZADO**, así como a **SEGURESTADO**, de conformidad con las normas establecidas en el Código Contencioso Administrativo y la legislación de Contratación Estatal vigente.

El procedimiento que debe seguir **LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA**, para la efectividad de los amparos otorgados por esta póliza, será el siguiente:

- 5.1 En el evento de que se decrete la caducidad del contrato **GARANTIZADO**, una vez agotado el debido proceso y ejercidos los derechos de defensa y contradicción del contratista **GARANTIZADO** y de **SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA**, proferirá la resolución administrativa correspondiente, en la cual, además de la declaratoria de caducidad contractual, deberá hacer efectiva la cláusula penal o a cuantificar el monto del perjuicio y a ordenar su pago tanto al contratista **GARANTIZADO** como a **SEGURESTADO**, previa liquidación del contrato **GARANTIZADO**.
- 5.2 En el evento de imposición de multas (previstas en el contrato) al contratista **GARANTIZADO**, una vez agotado el debido proceso y ejercidos los derechos de defensa y contradicción por el mismo y por **SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA**, proferirá la resolución administrativa correspondiente, de imposición de la multa y ordenando su pago en primer término al contratista **GARANTIZADO**, y en defecto del pago por éste, ordenar la efectividad del amparo de cumplimiento de ésta póliza a **SEGURESTADO**.
- 5.3 En los demás eventos de incumplimiento del contratista **GARANTIZADO**, y una vez cumplido el procedimiento administrativo previo y ejercidos los derechos de defensa y contradicción de éste y de **SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA**, deberá proferir la resolución administrativa correspondiente, en la cual declare el incumplimiento de la obligación contractual o postcontractual respectiva, y proceda a cuantificar el monto de la pérdida (o a hacer efectiva la cláusula penal si ella está pactada, entrándose del amparo de cumplimiento,) y a ordenar su pago al contratista **GARANTIZADO**, y a **SEGURESTADO**, previa orden de efectividad del amparo respectivo. Siempre que se busque la afectación de los amparos de Cumplimiento, de Buen Manejo y Correcta Inversión del Anticipo o de Devolución de Pagos Anticipados, **LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA**, deberá previamente tramitar con todas las formalidades legales, la liquidación del contrato **GARANTIZADO**.

**6. COMPENSACIÓN**

**LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA**, desde el momento de tener conocimiento del incumplimiento del contratista **GARANTIZADO**, o con posterioridad a tal conocimiento o como resultado de la liquidación del contrato **GARANTIZADO**, resultare deudor por cualquier concepto, del contratista **GARANTIZADO**, deberá aplicar la compensación prevista en las normas legales, con las obligaciones a cargo del contratista **GARANTIZADO**, que surjan de los actos administrativos proferidos por **LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA**, ante el incumplimiento contractual de aquel. Si luego de aplicada la compensación, quedaren saldos a favor de **LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA**, tales saldos deberán ser cobrados en primer término al contratista **GARANTIZADO**, y en defecto del pago que éste realice, a **SEGURESTADO**.

La indemnización que **LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA**, le cobre y exija a **SEGURESTADO**, deberá disminuirse en el valor correspondiente a los bienes que la primera citada, haya obtenido del contratista **GARANTIZADO**, judicial o extrajudicialmente, en ejercicio de las acciones derivadas del contrato cuyo cumplimiento se garantiza por la presente póliza.

**7. PAGO DEL SINIESTRO.**

**SEGURESTADO** pagará el valor del siniestro, que afecte los distintos amparos de esta póliza, siempre que se observe por **LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA**, el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- 7.1. Para el caso previsto en el Numeral 5.1., de estas condiciones, dentro del mes siguiente a la fecha de la comunicación escrita que contenga el requerimiento de pago formulado por **LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA**, acompañada de una copia auténtica del Acto o actos Administrativos correspondientes, con la respectiva constancia de ejecutoria, y de los actos de liquidación del contrato, debidamente ejecutoriados.
- 7.2 Para el caso previsto en el numeral 5.2. , de estas condiciones, dentro del mes siguiente a la fecha de la comunicación escrita que contenga el requerimiento de pago formulado por **LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA**, acompañada de la copia auténtica del Acto o actos administrativos, (de imposición de multa) debidamente ejecutoriados, junto con la constancia de **LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA** relativa a la no existencia de saldos a favor del Contratista **GARANTIZADO**, que no haga procedente la compensación, o la constancia del saldo de la obligación a cargo de **SEGURESTADO**, luego de efectuada la compensación
- 7.3 Para el caso previsto en el Numeral 5.3, de estas condiciones, dentro del mes siguiente a la fecha de la comunicación escrita que contenga el requerimiento de pago formulado por **LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA**, acompañada de una copia auténtica del Acto o actos administrativos ejecutoriados, en el que se hubieren hecho efectivos el amparo o los amparos correspondientes, y cuantificada la pérdida sufrida por **LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA**, junto con la constancia de la misma, relativa a la no existencia de saldos a favor del Contratista **GARANTIZADO**, que no haga procedente la compensación, o la constancia del saldo de la obligación a cargo de **SEGURESTADO**, luego de efectuada la compensación.

**PARÁGRAFO.- SEGURESTADO**, en virtud de precisas normas legales podrá optar, bajo su entera discreción, cumplir la prestación asegurada debida, mediante el pago de la indemnización correspondiente o continuando la ejecución de la obligación contractual garantizada hasta su terminación.

La declaratoria de caducidad no impedirá que **LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA**, tome posesión de la obra o continúe inmediatamente la ejecución del objeto contratado, bien sea a través de **SEGURESTADO** (como pago del siniestro, de conformidad con el inciso anterior) o de otro contratista, a quien a su vez se le podrá declarar la caducidad, si a ello hubiere lugar.

## 8. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN

Para los casos en que la suma asegurada de esta póliza deba ser aumentada o disminuida y para aquellos en los cuales las estipulaciones del contrato garantizado original sean modificadas, **SEGURESTADO**, deberá expedir un certificado o anexo de modificación de la póliza, en donde exprese su conocimiento y autorización respecto de las modificaciones convenidas entre el contratista **GARANTIZADO** y **LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA**.

## 9. SUBROGACIÓN.

En virtud del pago de la indemnización, que realice **SEGURESTADO**, y de conformidad con precisos preceptos legales, esta última se subroga hasta la concurrencia de su importe, en todos los derechos que **LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA** adquiera contra el contratista **GARANTIZADO** responsable del siniestro.

## 10. CLÁUSULA DE GARANTÍAS

**SEGURESTADO** otorga el presente seguro bajo las siguientes garantías, aceptadas por el contratista **GARANTIZADO** y por **LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA**:

- a. Que durante la vigencia de la póliza, no se introducirán modificaciones al contrato **GARANTIZADO**, sin la notificación y consentimientos previos de **SEGURESTADO** y la expedición del respectivo certificado de modificación.
- b. Que **SEGURESTADO** tendrá plena facultad y derecho de ejercer la vigilancia sobre el contratista **GARANTIZADO** en la ejecución del contrato **GARANTIZADO**, para lo cual **LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA** le prestará la colaboración necesaria, facilitándole las autorizaciones e inspecciones a que haya lugar.
- c. Que **LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA** ejercerá estricto control sobre el desarrollo del contrato garantizado y sobre el manejo de los fondos y bienes correspondientes, a través de interventorias directas o legalmente contratadas por ella.
- d. Que **LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA**, verificará durante la vigencia del contrato **GARANTIZADO**, que el contratista **GARANTIZADO**, se encuentra cumpliendo con sus obligaciones patronales relativas al sistema integral de seguridad social establecido en las normas legales sobre la materia.
- e. Que **LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA**, agotará los mecanismos alternativos de solución de conflictos pactados por las partes en el contrato **GARANTIZADO**, antes de acudir a la efectividad de esta póliza.

El incumplimiento de estas garantías, dará lugar a la aplicación de los efectos que la Legislación Comercial Colombiana, tiene establecidas para tales violaciones.

## 11. NO CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA E IRREVOCABILIDAD DE ESTE SEGURO.

La presente póliza no podrá ser cancelada, por falta de pago de la prima ni por revocación unilateral de las partes en el contrato de seguros.

## 12. NATURALEZA DE ESTE SEGURO

La garantía otorgada por esta póliza o sus certificados de modificación, no es solidaria, ni incondicional y la exigibilidad de sus amparos está supeditada a la ocurrencia del siniestro y su cuantificación.

## 13. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

En caso de incongruencia entre las condiciones generales o particulares de la presente póliza y las cláusulas del contrato **GARANTIZADO**, prevalecerán las de este último. Si la incongruencia se presenta entre las condiciones particulares y las condiciones generales de esta póliza, prevalecerán las primeras.

## 14. COEXISTENCIA DE SEGUROS

En caso de existir, al momento del siniestro, otro u otros seguros de cumplimiento con relación al mismo contrato **GARANTIZADO**, el importe de la indemnización a que haya lugar, se distribuirá entre los aseguradores en proporción a las cuantías de sus respectivas pólizas

## 15. COASEGURO

En caso de existir coaseguro, esto es la distribución entre varias aseguradoras de determinado riesgo, el importe de la indemnización se distribuirá y hará exigible entre los coaseguradores, en proporción a las cuantías de sus respectivos coaseguro asumido, sin que exista solidaridad entre las aseguradoras participantes y sin exceder de la suma asegurada pactada.

Para constancia de lo expuesto, y en señal de asentimiento y compromiso con todo lo aquí pactado se firma en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ ( ) días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

EL CONTRATISTA  
**GARANTIZADO**

**SEGURESTADO**  
**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA AUTORIZADA



GJU-849-DI-FT-122

Página : 1

APROBACIÓN GARANTIA

Versión: 03

Fecha: 2009-03-03



TIPOLOGIA (Contrato, orden, Aceptación de Oferta) ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS  
No. 618 DE 2009

CONTRATISTA:

MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO

OBJETO:

Desarrollar actividades de Salud Pública, enfocadas al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad de Bosa a través de acciones de planeación, ejecución, verificación y mejoramiento continuo, que garanticen el cumplimiento de metas y objetivos Instu

VALOR:

\$ 1.300.000

POLIZA:

21-44-101041149

COMPAÑÍA ASEGURADORA

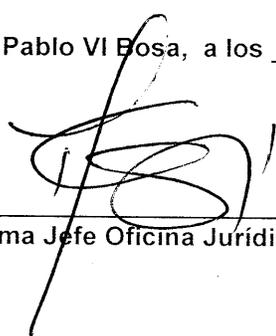
SEGUROS DEL ESTADO S.A.

AMPAROS:

| AMPARO                           | VIGENCIA INICIAL | VIGENCIA FINAL | VALOR ASEGURADO |
|----------------------------------|------------------|----------------|-----------------|
| CUMPLIMIENTO                     | 22/07/2009       | 31/08/2010     | \$ 130.000      |
| SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES | N/A              | N/A            | N/A             |
| CALIDAD                          | N/A              | N/A            | N/A             |
| ANTICIPO                         | N/A              | N/A            | N/A             |
| OTROS: DE RESPONSABILIDAD CIVIL  | N/A              | N/A            | N/A             |

Se aprueba la anterior garantía por encontrarse ajustada a la ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 618/2009.

Dada en el Hospital Pablo VI Bosa, a los 22/07/2009

  
Firma Jefe Oficina Jurídica

Elaboró: mscr

|   |                            |                                  |  |
|---|----------------------------|----------------------------------|--|
|  | GJU-849-DI-FT-544          | Página 1 de 1                    | <br>Secretaría<br><b>SALUD</b><br><small>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ</small> |
|   | <i>OFICIO DE EJECUCION</i> | Versión: 01<br>Fecha: 2009-06-24 |  |

Bogotá, Julio 22 de 2009.

Señor(a):  
**GLORIA AMANDA SALINAS**  
Lider CAMI  
Ciudad

Asunto: Orden de Prestación de Servicios No. 618 de 2009  
**MILENA PATRICIA LÓPEZ CASTRO**

Cordial Saludo:

Me permito informarle que la Orden de Prestación de Servicios del asunto, esta debidamente perfeccionada y es ejecutable, por lo anterior a la recepción de la presente comunicación se puede dar inicio a la ejecución de la misma.

Atentamente,



**JAVIER GARCIA RUEDA**  
Oficina Jurídica





GJU-849-DI-FT-562

Página 1 de 1

CERTIFICACION DE PAGO DE INTERVENTOR (A) DE CONTRATISTAS

Versión: 01

Fecha: 2009/07/24



EL (LA) SUSCRITO (A) INTERVENTOR(A)

HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICA QUE:

NOMBRE DE CONTRATISTA Alicia Patricia Lopez IDENTIFICADO (A) CON C.C. 52469541

No. ORDEN (Favor relacionar Orden principal y Adiciones en caso que aplique) 618

PERIODO A CERTIFICAR (Favor relacionar fecha) Del 22 Julio Al 31 Agosto/09

CUMPLIO A SATISFACCION CON EL OBJETO CONTRACTUAL? SI  NO

NOVEDADES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cordialmente, h

FIRMA DEL INTERVENTOR(A):

NOMBRE DEL INTERVENTOR(A) Amanda Jarama

CARGO O ACTIVIDAD: Lider Comi

NOTA: Esta certificación debe reposar en la carpeta del contrato en Juridica

Bogotá, 18 AGOSTO de 2009

Señores  
HOSPITAL PALBO VI BOSA E.S.E.  
Ciudad

### CERTIFICACIÓN

Yo MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 52469541 expedida en BOGOTÁ, me permito certificar bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social, corresponden a los ingresos provenientes de la Orden de Prestación de Servicios No. 618 de 2009 materia de pago sujeto de retención, de acuerdo al siguiente detalle:

| No. OPS            | INGRESO MENSUAL | INGRESO BASE DE COTIZACIÓN | APORTE SALUD       | APORTE PENSION     | No. DE PLANILLA        |
|--------------------|-----------------|----------------------------|--------------------|--------------------|------------------------|
|                    |                 |                            | Mes: <u>AGOSTO</u> | Mes: <u>AGOSTO</u> | Mes: <u>8387334964</u> |
| <u>618</u> DE 2009 | \$ 1300.000     | \$ 520.000                 | \$ 65.000          | \$ 83.200          | <u>AGOSTO</u>          |
|                    |                 |                            | Intereses          | Intereses          | No. 8387334964         |
|                    |                 |                            | \$                 | \$                 |                        |
| Total              | Total           | \$ 65.000                  | \$ 83.200          |                    |                        |

Esta certificación se expide para dar cumplimiento al artículo 4 del Decreto 2271 de Julio 18 de 2009.

Atentamente,

Olivera P. Lopez L.  
C.C. No. 52469541 expedida en BOGOTÁ

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

NUMERO DE CONTRATO Y/O ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS: 618.

NOMBRE CONTRATISTA: MILENA PATRICIA LOPEZ

OBJETO CONTRACTUAL: DESARROLLAR ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA ENFOCADAS AL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA COMUNIDAD DE BOSA ATRAVÉS DE ACCIONES DE PLANIFICACION, EJECUCION, EVALUACION Y MEJORAMIENTO CONTINUO QUE GARANTICE EL CUMPLIMIENTO DE METAS Y OBJETIVOS INSTITUCIONALES

INFORME DE ACTIVIDADES: DE 22 Julio A 31 Agosto

| No. | ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO REPORTADO   | OBSERVACIONES | EVIDENCIAS Y/O SOPORTES (Corresponde a los documentos actas, registros y/o informes soportes de las actividades realizadas) |
|-----|--|---------------|---|
| 1   | REALIZAR ACTIVIDADES DE AUX DE ENFERMERIA ASIGNADAS DE ASESORAMIENTO A LOS PROGRAMAS Y PLANES DE ACCION DE LA INSTITUCION.             |               | NOTAS DE ENFERMERIA DEL HIMS.   |
| 2   | EDUCAR AL INDIVIDUO Y COMUNIDAD EN ASPECTOS DE PROMOCION Y PREVENION TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE SALUD QUE AFECTAN A LA Poblacion. |               | NOTAS DE ENFERMERIA HIMS.   |
| 3   | MANTENER SUS RESERVIOS SERVICIOS EN ORDEN Y ESTRECHA LIMPIEZA  |               | CALERA SANITIZACION SERVICIOS DE GINECOLOGIA.   |
| 4   | ORIENTAR A LA MUJER LA CUIDADO COMPLETO Y OFERTAR LOS INSTRUMENTOS QUE SEAN EXISTENTES PARA EJERCER LA ACTIVIDAD                       |               | NOTAS DE ENFERMERIA DEL HIMS.   |
| 5   | APLICAR LAS NORMAS Y GUIAS Y PROTOCOLOS EN EL AMBITO DE SU CARGO QUE GARANTICE LA ADECUADA PRESTACION DE SERVICIOS.                    |               | NOTAS DE AGUICIONES DE ENFERMERIA   |
| 6   | RESPONDER POR LOS ELEMENTOS Y EQUIPOS QUE ESTE BAJO SU CUIDADO.  |               | LIBROS DE INVENTARIO DEL SERVICIO DE G/O.   |
| 7   | REALIZAR TOMA DE MUESTRAS CLASIFICARIAS Y DISTRIBUIR LAS PARA LA OBTENCION DE RESULTADOS DEL LABORATORIO.                              |               | NOTAS DE ENFERMERIA LIBRO DE RECEPCION DE MUESTRAS DEL LABORATORIO.   |
| 8   | DAR CUMPLIMIENTO A LAS GUIAS DE MANEJO PLANES DE MANEJO MUESTRAS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES.                           |               | AUDITORIAS INSTANCIAS Y EXTERNAS, NOTAS DE ENFERMERIA.  |
| 9   | FACILITAR LOS ASPECTOS DE SALUD PERSONAL DE LOS PROFESIONALES DURANTE LA EJECUCION DE LA PRESENTE PRESTACION DE SERVICIOS              |               | RECIBO DE BONO PAGO REGISTRO DE MI FAMILIA.   |
| 10  | APLICAR NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA POLITICA DE SERVICIO.  |               | NOTAS DE ENFERMERIA HIMS  |

Olivia P. Lopez

Nombre y Firma del Contratista: AUX ENFERMERIA  
 Ciudad (Auxiliar, Técnico, Profesional, Profesional Especializado, etc):



VoBo de Interventor (a)

ANEXO: El soporte de pago al Sistema de Seguridad Social (Pension, Salud y AFP) del periodo informado.





28291574-3



28291574-3

COMPROBANTE UNIVERSAL DE RECAUDO

ENTIDAD A LA QUE REALIZA EL PAGO, NOMBRE DEL TITULAR DE LA CUENTA O NOMBRE DEL ENCARGO FIDUCIARIO

NÚMERO DE CUENTA DE LA ENTIDAD A LA QUE REALIZA EL PAGO O DEL ENCARGO FIDUCIARIO

REFERENCIA: ES EL NÚMERO DEL CRÉDITO, CÓDIGO DEL ESTUDIANTE, CEDULA DEL COMPRADOR PARA FIDEICOMISOS CONSTRUCTOR O NÚMERO DE FACTURA QUE IDENTIFICA AL PAGADOR ANTE LA ENTIDAD A LA QUE REALIZA EL PAGO.

REFERENCIA DEL CONVENIO

REF. 1

REF. 2

FAVOR ANOTAR EL NÚMERO DE LA CUENTA AL RESPALDO DE CADA CHEQUE

PAGOS EN CHEQUE

COD. BANCO

NÚMERO DEL CHEQUE

CUIDAD DEL CHEQUE

VALOR

NOMBRE Y TELÉFONO DEL DEPOSITANTE

TOTAL CHEQUES \$

TOTAL EFECTIVO \$

TOTAL \$

NO SE ACEPTAN CONSIGNACIONES CON CHEQUES DE DIFERENTES PLAZAS EN UN MISMO COMPROBANTE

ESPACIO PARA TIMBRE

AVV 027 20090806 07:28 5C1797 LINEA D  
UR PAGADO: 100,900.00  
NOMBRE: COMPAÑIA  
CLAVE: 8308672323  
ID: 52467541  
Fecha aplicación: 20090806 PIN: 92836  
Llamado cliente: Verifique los datos de  
su pago. Después de retirarse de la  
ventanilla no se aceptan reclamos.

NOTA: Este comprobante solo será válido cuando figure la impresión de nuestra máquina de control indicando la fecha, el número de la operación y el importe de pago, o en su defecto, la firma y



**ADICION Y PRORROGA A LA ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS NO. 618 DE 2009**

**NUMERO:** 01 DE 2009  
**OBJETO:** Adicionar en valor y prorrogar término de ejecución de la orden de prestación de servicios No. 618 de 2009.  
**CONTRATANTE:** HOSPITAL PABLO VI BOSA E.S.E.  
**CONTRATISTA:** MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO.  
**PLAZO:** HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2009 O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO  
**VALOR ADICION:** \$1000000.00

Entre los suscritos a saber: **MARCIA GREICY GUACANEME VALBUENA**, domiciliada y residente en esta ciudad, identificada con la cédula de ciudadanía número 52.150.028 de Bogotá actuando en nombre y representación de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL PABLO VI BOSA**, Nit. 800.219.600-3, en calidad de Gerente (e), nombrada mediante Resolución No. 616 del 08 de julio de 2009, y como tal, facultada para celebrar la presente adición por el Acuerdo 017 del 10 de Diciembre de 1997 y el Estatuto de Contratación de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL PABLO VI BOSA**, quien para efectos de la presente adición se denominara **el HOSPITAL** por una parte, y por la otra, **MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO**, también mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía número No. 52469541, actuando en su nombre y representación, en su calidad de contratista, según reza la orden principal, hemos acordado celebrar la presente adición y prórroga, previas las siguientes:

**CONSIDERACIONES**

**PRIMERA:** Que el **HOSPITAL** y el **CONTRATISTA** suscribieron la orden de prestación de servicios No. 618 de 2009 cuyo objeto es Desarrollar actividades de Salud Pública, enfocadas al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad de Bosa a través de acciones de planeación, ejecución, verificación y mejoramiento continuo, que garanticen el cumplimiento de metas y objetivos Institucionales, así como también apoyando la ejecución de todos los programas de promoción y prevención del Hospital y realizar labores a nivel auxiliar de enfermería en la atención de individuos, familia y comunidad y/o auxiliar de laboratorio clínico a fin de brindar apoyo logístico con calidad y portunidades al área de enfermería. **SEGUNDA:** Que existe comunicación por parte del interventor del contrato, sobre la necesidad de adicionar en valor y plazo la orden de prestación para dar cumplimiento al objeto contractual. **TERCERA:** Que el contratista ha venido prestando sus servicios a entera satisfacción, cumpliendo con los objetivos propuestos y objeto contractual. **CUARTA:** Que el Régimen de contratación de la empresa permite la celebración de la presente adición y prórroga, siempre y cuando exista certificación de la buena prestación del servicio por parte del contratista. **QUINTA:** Que las partes de común acuerdo han convenido celebrar la presente adición y prórroga, conforme a las siguientes:

**CLÁUSULAS**

**PRIMERA: ADICIONAR** en valor la cláusula tercera de la orden de prestación de servicios No. 618 de 2009, en la suma de **UN MILLON DE PESOS MICTE (\$1000000.00)**, que serán cancelados al contratista en las mismas condiciones que la orden principal.

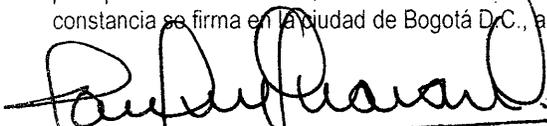
**SEGUNDA: PRORROGAR EN PLAZO** la orden principal, hasta el treinta (30) de septiembre de 2009 o hasta agotar presupuesto.

**TERCERA: IMPUTACION PRESUPUESTAL:** El gasto que ocasione la presente adición se hará con cargo al C.D.P. No. 758 del 28 de Agosto de 2009, Rubro 3210305000000 -CONTRATACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES.- VIGENCIA 2009.

**CUARTA: GARANTÍA.-** EL **CONTRATISTA** se obliga a ampliar las garantías respectivas, de acuerdo al valor y prórroga pactado en las cláusulas primera y segunda de este contrato, respecto de los riesgos amparados en la orden principal; dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la suscripción de la presente.

**QUINTA: PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION.** La presente adición se perfecciona con la suscripción del mismo y para su ejecución se requiere el registro presupuestal definitivo.

**SEXTA: VIGENCIA DE LAS ESTIPULACIONES.** Todas las cláusulas y estipulaciones contractuales de la orden principal No. 618 de 2009, no modificadas por el presente acuerdo permanecen vigentes y se hacen exigibles. Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., a los Veintiocho (28) días del mes de Agosto de 2009.

  
**MARCIA GREICY GUACANEME VALBUENA**  
 HOSPITAL  
 Proyecto Oficina Jurídica/gmg  
 Revisó: jegr

 52469541  
**MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO**  
 CONTRATISTA.

ADICION Y PRORROGA A LA ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS NO. 618 DE 2009

**NUMERO:** 01 DE 2009  
**OBJETO:** Adicionar en valor y prorrogar término de ejecución de la orden de prestación de servicios No. 618 de 2009.  
**CONTRATANTE:** HOSPITAL PABLO VI BOSA E.S.E.  
**CONTRATISTA:** MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO.  
**PLAZO:** HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2009 O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO  
**VALOR ADICION:** \$1000000.00

Entre los suscritos a saber: **MARCIA GREICY GUACANEME VALBUENA**, domiciliada y residente en esta ciudad, identificada con la cédula de ciudadanía número 52.150.028 de Bogotá actuando en nombre y representación de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL PABLO VI BOSA**, Nit. 800.219.600-3, en calidad de Gerente (e), nombrada mediante Resolución No. 616 del 08 de julio de 2009, y como tal, facultada para celebrar la presente adición por el Acuerdo 017 del 10 de Diciembre de 1997 y el Estatuto de Contratación de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL PABLO VI BOSA**, quien para efectos de la presente adición se denominara el **HOSPITAL** por una parte, y por la otra, **MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO**, también mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía número No. 52469541, actuando en su nombre y representación, en su calidad de contratista, según reza la orden principal, hemos acordado celebrar la presente adición y prorroga, previas las siguientes:

**CONSIDERACIONES**

**PRIMERA:** Que el **HOSPITAL** y el **CONTRATISTA** suscribieron la orden de prestación de servicios No. 618 de 2009 cuyo objeto es Desarrollar actividades de Salud Pública, enfocadas al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad de Bosa a través de acciones de planeación, ejecución, verificación y mejoramiento continuo, que garanticen el cumplimiento de metas y objetivos Institucionales, así como también apoyando la ejecución de todos los programas de promoción y prevención del Hospital y realizar labores a nivel auxiliar de enfermería en la atención de individuos, familia y comunidad y/o auxiliar de laboratorio clínico a fin de brindar apoyo logístico con calidad y portunidades al área de enfermería. **SEGUNDA:** Que existe comunicación por parte del interventor del contrato, sobre la necesidad de adicionar en valor y plazo la orden de prestación para dar cumplimiento al objeto contractual. **TERCERA:** Que el contratista ha venido prestando sus servicios a entera satisfacción, cumpliendo con los objetivos propuestos y objeto contractual. **CUARTA:** Que el Régimen de contratación de la empresa permite la celebración de la presente adición y prorroga, siempre y cuando exista certificación de la buena prestación del servicio por parte del contratista. **QUINTA:** Que las partes de común acuerdo han convenido celebrar la presente adición y prorroga, conforme a las siguientes:

**CLÁUSULAS**

**PRIMERA: ADICIONAR** en valor la cláusula tercera de la orden de prestación de servicios No. 618 de 2009, en la suma de **UN MILLON DE PESOS MICTE (\$1000000.00)**, que serán cancelados al contratista en las mismas condiciones que la orden principal.

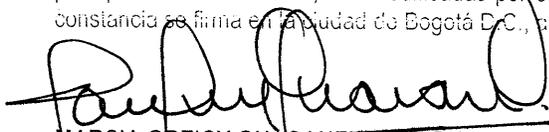
**SEGUNDA: PRORROGAR EN PLAZO** la orden principal, hasta el treinta (30) de septiembre de 2009 o hasta agotar presupuesto.

**TERCERA: IMPUTACION PRESUPUESTAL:** El gasto que ocasione la presente adición se hará con cargo al C.D.P. No. 758 del 28 de Agosto de 2009, Rubro 3210305000000 -CONTRATACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES.- VIGENCIA 2009.

**CUARTA: GARANTÍA.-** EL **CONTRATISTA** se obliga a ampliar las garantías respectivas, de acuerdo al valor y prorroga pactado en las cláusulas primera y segunda de este contrato, respecto de los riesgos amparados en la orden principal; dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la suscripción de la presente.

**QUINTA: PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION.** La presente adición se perfecciona con la suscripción del mismo y para su ejecución se requiere el registro presupuestal definitivo.

**SEXTA: VIGENCIA DE LAS ESTIPULACIONES.** Todas las cláusulas y estipulaciones contractuales de la orden principal No. 618 de 2009, no modificadas por el presente acuerdo permanecen vigentes y se hacen exigibles. Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., a los Veintiocho (28) días del mes de Agosto de 2009.

  
MARCIA GREICY GUACANEME VALBUENA  
HOSPITAL  
Proyectó Oficial Jurídica/gmg  
Revisó: jegr

 52469541  
MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO  
CONTRATISTA.



### POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

### ENTIDAD ESTATAL

|  |     |      |                             |     |      |                     |                |                              |      |            |                    |  |
|--|-----|------|-----------------------------|-----|------|---------------------|----------------|------------------------------|------|------------|--------------------|--|
| NIT. 860.009.578-6<br>Ciudad de Expedición<br>BOGOTA, D.C. |     |      | Sucursal<br>ANTIGUO COUNTRY |     |      | Cod. Sucursal<br>21 |                | No.Póliza<br>21-44-101041149 |      | Anexo<br>1 |                    |  |
| Fecha Expedición   |     |      | Vigencia Desde              |     |      | A las               | Vigencia Hasta |                              |      | A las      | Tipo de Movimiento |  |
| Día  | Mes | Año  | Día                         | Mes | Año  | Horas               | Día            | Mes                          | Año  | Horas      | ANEXO DE PRORROGA  |  |
| 01   | 09  | 2009 | 22                          | 07  | 2009 | 00:00               | 30             | 09                           | 2010 | 00:00      |                    |  |

#### DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO

|   |  |  |  |  |  |   |  |                             |  |              |  |
|---|--|--|--|--|--|---|--|-----------------------------|--|--------------|--|
| Nombre o Razon Social LOPEZ CASTRO, MILENA PATRICIA |  |  |  |  |  |   |  | Identificación : 52.469.541 |  |              |  |
| Dirección : HOSP. PABLI VI BOSA                     |  |  |  |  |  | Ciudad : BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL |  |                             |  | Teléfono : . |  |

#### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

|  |  |  |  |  |  |   |  |                                |  |                    |  |
|--|--|--|--|--|--|---|--|--------------------------------|--|--------------------|--|
| Asegurado / Beneficiario : EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL PABLO VI BOSA. |  |  |  |  |  |   |  | Identificación : 800.219.600-3 |  |                    |  |
| Dirección : CRA 78 A BIS NO. 69 B 76 SUR                                       |  |  |  |  |  | Ciudad : BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL |  |                                |  | Teléfono : 7799800 |  |

#### OBJETO DEL SEGURO

Con sujeción a las condiciones generales de la póliza que se anexan, que forman parte integrante de la misma y que el asegurado y el tomador declaran haber recibido, Seguros del Estado S.A., garantiza:  
GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LA ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS No.618 CELEBRADO CON EL HOSPITAL PABLO VI DE BOSA E.S.E.

#### AMPAROS

|                                  |                |                |                  |                    |
|----------------------------------|----------------|----------------|------------------|--------------------|
| RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS. |                |                |                  |                    |
| AMPAROS                          | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG/ACTUAL | SUMA ASEG/ANTERIOR |
| CUMPLIMIENTO                     | 22/07/2009     | 30/09/2010     | \$230,000.00     | \$130,000.00       |

#### OBSERVACIONES

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO A SOLICITUD DEL ASEGURADO Y SEGUN OTROSI NO. 1, DE PRORROGA LA VIGENCIA Y SE AUMENTA EL VALOR ASEGURADO DE LA POLIZA CITADA.  
LOS DEMAS TERMINOS SIN MODIFICAR CONTINUAN VIGENTES.

|                  |                   |                  |                   |                       |                      |
|------------------|-------------------|------------------|-------------------|-----------------------|----------------------|
| Valor Prima Neta | Gastos Expedición | IVA              | Total a Pagar     | Valor Asegurado Total | Fecha Limite de Pago |
| \$ *****8,000.00 | \$ *****5,000.00  | \$ *****2,080.00 | \$ *****15,080.00 | \$ *****230,000.00    | / /                  |

| INTERMEDIARIO              |       |            | DISTRIBUCION COASEGURO |         |                 |
|----------------------------|-------|------------|------------------------|---------|-----------------|
| Nombre                     | Clave | % de Part. | Nombre Compañía        | % Part. | Valor Asegurado |
| LITZENDRAHT MORA CIFUENTES | 71517 | 100.00     |                        |         |                 |

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO

Para efectos de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es Calle 83 No 19-10 - Telefono: 6-917963

*Ramiro García Berrio*

FIRMA AUTORIZADA: Ramiro García Berrio - Vicepresidente de Fianzas

*Milena P. Lopez*

FIRMA TOMADOR

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogota D.C. Telefono: 2186977

CAROLINACAS

|                     |                   |   |
|---------------------|-------------------|---|
| GJU-849-DI-FT-122   | Página : 1        |  |
| APROBACIÓN GARANTIA | Versión: 03       |   |
|                     | Fecha: 2009-03-03 |   |

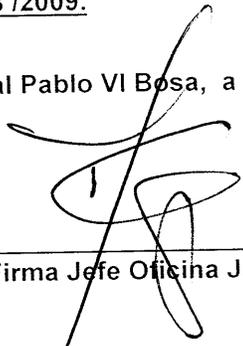
TIPOLOGIA (Contrato, Orden, Aceptación de Oferta) ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No.618 DE 2009

CONTRATISTA: LOPEZ CASTRO MILENA PATRICIA  
 OBJETO: Desarrollar actividades de Salud Pública, enfocadas al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad de Bosa a través de acciones de planeación, ejecución, verificación y mejoramiento continuo, que garanticen el cumplimiento de metas y objetivos Instu  
 VALOR: 1000000  
 POLIZA: 21-44-101041149  
 COMPAÑÍA ASEGURADORA SEGUROS DEL ESTADO S.A.  
 AMPAROS:

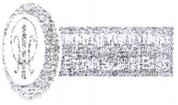
| AMPARO                           | VIGENCIA INICIAL | VIGENCIA FINAL | VALOR ASEGURADO |
|----------------------------------|------------------|----------------|-----------------|
| CUMPLIMIENTO                     | 7/22/2009        | 9/30/2010      | 100000          |
| SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES | N/A              | N/A            | N/A             |
| CALIDAD                          | N/A              | N/A            | N/A             |
| ANTICIPO                         | N/A              | N/A            | N/A             |
| OTROS: DE RESPONSABILIDAD CIVIL  | N/A              | N/A            | N/A             |

Se aprueba la anterior garantía por encontrarse ajustada a la ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No.618 /2009.

Dada en el Hospital Pablo VI Bosa, a los 01 días del mes de Septiembre de 2009

  
 Firma Jefe Oficina Jurídica

Elaboró: mscr



GJU-849-DI-FT-562

Página 1 de 1

CERTIFICACION DE PAGO DE INTERVENTOR (A) DE CONTRATISTAS

Versión: 01

Fecha: 2009/07/24



EL (LA) SUSCRITO (A) INTERVENTOR(A)

HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICA QUE:

Nº RE DE CONTRATISTA Wilma Lopez Castro IDENTIFICADO (A) CON C.C. 52469541

No. ORDEN (Favor relacionar Orden principal y Adiciones en caso que aplique) 618 -

PERIODO A CERTIFICAR (Favor relacionar fecha) Del 01 Septiembre AI 30 Septiembre

CUMPLIO A SATISFACCION CON EL OBJETO CONTRACTUAL? SI  NO

NOVEDADES:

*[Handwritten scribbles]*

Cordialmente,

Poliza OK



FIRMA DEL INTERVENTOR(A): *[Signature]*

NOMBRE DEL INTERVENTOR(A): Amanda Salinas

CARGO O ACTIVIDAD: Lider Com,

NOTA: Esta certificación debe reposar en la carpeta del contrato en Jurídica

Bogotá, SEPTIEMBRE de 2009

Señores  
HOSPITAL PALBO VI BOSA E.S.E.  
Ciudad

**CERTIFICACIÓN**

Yo MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 52469541 expedida en 52469541, me permito certificar bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social, corresponden a los ingresos provenientes de la Orden de Prestación de Servicios No. \_\_\_\_\_ de 2009 materia de pago sujeto de retención, de acuerdo al siguiente detalle:

| No. OPS            | INGRESO MENSUAL     | INGRESO BASE DE COTIZACIÓN | APORTE SALUD           | APORTE PENSION         | No. DE PLANILLA          |
|--------------------|---------------------|----------------------------|------------------------|------------------------|--------------------------|
|                    |                     |                            | Mes: <u>SEPTIEMBRE</u> | Mes: <u>SEPTIEMBRE</u> |                          |
| <u>SEP</u> DE 2009 | \$ <u>1.000.000</u> | \$ <u>5.20.000</u>         | \$ <u>65.000</u>       | \$ <u>83.300</u>       | <u>SEPTIEMBRE</u><br>No. |
|                    |                     |                            | Intereses              | Intereses              |                          |
|                    |                     |                            | \$                     | \$                     |                          |
|                    |                     |                            | Total                  | Total                  |                          |
|                    |                     |                            | \$ <u>65.000</u>       | \$ <u>83.300</u>       |                          |

Esta certificación se expide para dar cumplimiento al artículo 4 del Decreto 2271 de Julio 18 de 2009

Atentamente,

MILENA PATRICIA LOPEZ  
C.C. No. 52469541 expedida en BOGOTÁ

FORZEMENSUAL DE ACTIVIDADES

NUMERO DE CONTRATO Y/O IDENTIFICACION DE PRESTADORES DE SERVICIOS

Milena Patricia Lopez Castro 618  
Hospital Pablo VI Bosa

NOMBRE CONTRATISTA

OBJETO CONTRACTUAL  
Desarrollar actividades como auxiliar de enfermería en el área de urgencias, enfocadas al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad de base, realizando actividades de promoción y Prevención.

INFORME DE ACTIVIDADES DE A

| No. | ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO REPORTADO  | OBSERVACIONES | EVIDENCIAS Y/O SOPORTES (Corresponde a los procedimientos, actas, registros y/o informes soporte de las actividades realizadas) |
|-----|---|---------------|---|
| 1   | Diligencias de manera clara, completa y oportuna Historias clínicas, -Notas enfermería, de pacientes a cargo durante el turno.            |               | Registros de enfermería. - (Notas)  |
| 2   | Aplicar guías de manejo, Protocolos, Formularios, estándares según Protocolo Institucional en urgencias.                                  |               | Registros en Físico, Aplicaciones.  |
| 3   | Cuidar y responder por instrumentos, equipos y demás objetos del servicio que estén a cargo.  |               | Libros inventarios.   |
| 4   | Brindar educación en actividades de promoción y prevención, en pro de mejoramiento de la calidad de vida.                                 |               | Registro actividades educativas de los usuarios.  |
| 5   | Reponer armarios tallados en el servicio a tiempo correspondiente.  |               | Notificación oportuna a Jefe Facilitador.   |
| 6   | Control, Registro de signos vitales a pacientes que estén a su cargo.   |               | Registro cuidados enfermería  |
| 7   | Promover demanda inducida, para cuidado ambulatorio, verificar si es realizada oportunamente.   |               | Registro Demanda Inducida,  |
| 8   | Realizar Sanitización según cronograma establecido; Desinfección de unidades y servicios.   |               | Registro Sanitización (carpeta?)  |
| 9   | Tomar muestra para laboratorio, con respectiva identificación de lote y muestra o procesos según ordenes médicos. Trabaja en laboratorio. |               | Libro recepción Mx laboratorio  |
| 10  | Promover desde el lugar el trabajo implementado en actividades P, y P.  |               | Registro actividades P, y P.  |

Milena Patricia Lopez Castro . Juliana Lopez . Auxiliar de enfermería

Nombre y Firma del Contratista  
Especializado (o) otro  
Visto de Intervenidor (s)





29346802-2



29346802-2

COMPROBANTE UNIVERSAL DE RECAUDO

ENTIDAD A LA QUE REALIZA EL PAGO, NOMBRE DEL TITULAR DE LA CUENTA O NOMBRE DEL ENCARGO FIDUCIARIO

NÚMERO DE CUENTA DE LA ENTIDAD A LA QUE REALIZA EL PAGO O DEL ENCARGO FIDUCIARIO

REFERENCIA: ES EL NÚMERO DEL CRÉDITO, CÓDIGO DEL ESTUDIANTE, CÉDULA DEL COMPRADOR PARA FIDEICOMISOS CONSTRUCTOR O NÚMERO DE FACTURA QUE IDENTIFICA AL PAGADOR ANTE LA ENTIDAD A LA QUE REALIZA EL PAGO.

| REFERENCIA DEL CONVENIO |                 |
|-------------------------|-----------------|
| REF 1: 8309672323       | REF 2: 52469541 |

FAVOR ANOTAR EL NÚMERO DE LA CUENTA AL RESPALDO DE CADA CHEQUE

| PAGOS EN CHEQUE |                   |                   |                             |       |
|-----------------|-------------------|-------------------|-----------------------------|-------|
| COD. BANCO      | CIUDAD DEL CHEQUE | NÚMERO DEL CHEQUE | NÚMERO DE CUENTA DEL CHEQUE | VALOR |
|                 |                   |                   |                             |       |
|                 |                   |                   |                             |       |

| NOMBRE Y TELÉFONO DEL DEPOSITANTE |  |
|-----------------------------------|--|
| MILENA FABRICA LOPEZ C            |  |
| 52469541                          |  |

NO SE ACEPTAN CONSIGNACIONES CON CHEQUES DE DIFERENTES PLAZAS EN UN MISMO COMPROBANTE

|                |    |  |
|----------------|----|--|
| TOTAL CHEQUES  | \$ |  |
| TOTAL EFECTIVO | \$ |  |
| TOTAL          | \$ |  |

AVV 027 20090909 09:59 SC1722 LINEA D  
 VR PAGADO: 161,000.00  
 NOMBRE: COMPENSA  
 CLAVE: 8309672323  
 ID: 52469541  
 Fecha Aplicación: 20090909 PIN: 95945  
 Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

ESPACIO PARA TIMBRE

NOTA: Este recibo sólo será válido cuando figure la impresión de nuestra máquina de control indicando la fecha, el número de la operación y el importe de pago, o en su defecto, la firma y sello que fije la Entidad.



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
Secretaría  
Salud

321



Bogotá D.C.

709 DEC 13 A 7:52

007988

PABLO VI BOSA  
SECRETARÍA DE SALUD  
R:137659 16/12/2009-08:12  
Folios:0 Anexos:0  
CERTIFICACIONES-RESPUEST

Doctora:  
CARMIÑA QUIROGA BONILLA  
Unidad Funcional de Talento Humano  
Hospital Pablo VI Bosa  
Carrera 78 A Bis No 69 B – 70 Sur  
Bogotá.

REFERENCIA. Radicado No 137659

En atención al asunto de la referencia de fecha 15 de octubre de 2009, me permito comunicarle que revisado el sistema de información de los profesionales inscritos en el área de la salud en esta Secretaría de los profesionales relacionados en su oficio 450 se encuentran inscritos en las profesiones mencionadas.

Los siguientes profesionales deben actualizar su inscripción acercándose a la Oficina de Registros de esta Secretaría ubicada en el primer piso con fotocopia del diploma, acta de grado, cédula de ciudadanía y resolución de autorización del ejercicio profesional:

|                                    |                 |
|------------------------------------|-----------------|
| ✓ Jose Francisco Martínez Cuartas  | C.C. 79.041.435 |
| ✓ María Edilma Hernández López     | C.C. 21.070.985 |
| ✓ Flor Esperanza Cortes Suárez     | C.C. 51.797.161 |
| ✓ Nelly Nova Saavedra              | C.C. 39.645.988 |
| ✓ Elias Josué Buitrago Castellanos | C.C. 79.285.640 |
| ✓ Eleana Yuri Guzmán Rodríguez     | C.C. 52.113.360 |
| ✓ Yilis Asmeth Hernández Patiño    | C.C. 79.614.831 |
| ✓ Consuelo Perdomo Medina          | C.C. 55.159.335 |
| ✓ Claudia Elena Prieto Vanegas     | C.C. 39.684325. |

De igual manera le comento que no se encuentran inscritos:

|                                    |                 |
|------------------------------------|-----------------|
| ✓ Consuelo Ortiz Quijano           | C.C. 52.440.354 |
| ✓ Yenny Marcel a Dimate Benjumea   | C.C. 52.825.767 |
| ✓ María Josefina Peña Van Strahlen | C.C. 35.495.951 |

*Zeuzi  
11-18/09  
9.145  
JHH*



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría  
Salud

|                                      |      |                |
|--------------------------------------|------|----------------|
| Oscar Alfonso Beltrán Peñuela        | C.C. | 80.156.548     |
| ✓ María Angelica Romero Rodriguez    | C.C. | 53.116.872     |
| Mary Ermencia Preciado Martínez      | C.C. | 52.585.054     |
| Fanny Margarita Avendaño Ballesteros | C.C. | 53.893.710     |
| Lilia Mercedes González Romero       | C.C. | 20.824.089     |
| Juan Nemecio Barbosa Villalobos      | C.C. | 80.253.403     |
| ✓ Yazmin Stella Sandoval Blanco      | C.C. | 52.831.603     |
| Carlos Gustavo Vargas Salazar        | C.C. | 19.307.057     |
| Andres Felipe Alba Ayala             | C.C. | 80.814.449     |
| Katherine Herrera Bocanegra          | C.C. | 39.582.538     |
| Juli Maholy Velásquez Ahumada        | C.C. | 52.955.547     |
| Arneyda Ortíz Peña                   | C.C. | 52.081.648     |
| Olga Cristina Rodriguez Castro       | C.C. | 53.002.119     |
| Angela María López Cano              | C.C. | 41.954.449     |
| Luz Elena Mancilla Ramirez ✓         | C.C. | 1.073.323.041. |
| Sandra Barrera Cortés                | C.C. | 51.721.851     |
| María Cristina Quimbay Fuqueme       | C.C. | 51.850.908     |
| Fabiola Mosquera Mena                | C.C. | 35.589.859     |
| Marysol Pérez Moreno                 | C.C. | 52.315.671     |
| Andrea Aguilar Sandoval              | C.C. | 52.974.567     |
| Etna Maritza Correa Ejen             | C.C. | 53.012.507     |

También le informo que la profesión de trabajo social, Auxiliar en Rayos X no son consideradas dentro de ninguna de las áreas de la salud por lo tanto no requiere registro ante esta Secretaría.

Por último, le comunico que en materia de especializaciones la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá únicamente tiene competencia para inscribir a los médicos especializados en anestesiología y anestesiología y reanimación, por lo tanto no disponemos de información sobre los profesionales de la salud que han cursado estudios de postgrado en otras áreas.

Cordialmente,



ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA PASTRANA  
Profesional Especializado Vigilancia y Control de la Oferta

Reviso: Yudy Rodriguez  
Elaboró: Melba Lucía

Cam Cond.

|  |  |                   |  |
|--|--|-------------------|--|
|  | GTH-859-DI-FT-560                          | Página 1 de 1     |  |
|  | SOLICITUD DE VERIFICACIÓN DE TITULOS A SDS | Versión: 01       |  |
|  |  | Fecha: 2009-07-02 |  |

Bogota D.C, 14 de Octubre de 2009

SECRETARIA DE SALUD  
 Para: 320 AREA DE VIGILA.  
 R: 137659 15/10/2009-09:14  
 Folios: 0 Anexos: 0  
 CERTIFICACIONES-SOLICITU

Señores  
**Secretaría Distrital de Salud**  
 Oficina de Registro  
 Carrera 32 N° 12-81  
 Bogotá

Referencia: Verificación de título profesional, técnico, auxiliar o especialista

Respetuoso saludo.

Con el fin de realizar el procedimiento de verificación del título o certificado de inscripción como Profesional, Técnico, Auxiliar o Especialista, según se encuentra establecido en la normatividad vigente (Resolución 1043 de 2006, Anexo Técnico N° 1, Manual Único de Estándares y de Verificación, Estándar de Recursos Humanos), para efectos de vinculación y/o contratación, atenta y comedidamente me permito solicitarle se sirva confirmarnos si en la Secretaría Distrital de Salud se encuentra inscrito como *Profesional, Técnico, Auxiliar o Especialista*) las siguientes personas:

| ITEM | CEDULA     | NOMBRES Y APELLIDOS              | CARGO                   |
|------|------------|----------------------------------|-------------------------|
| 1    | 51.588.398 | DINA LUCIA RAMIREZ VALENCIA      | ODONTOLOGO              |
| 2    | 52.887.322 | CAMILA SOFIA ORTIZ AREVALO       | MEDICO                  |
| 3    | 52.440.354 | CONSUELO ORTIZ QUIJANO           | HIGIENISTA              |
| 4    | 53.130.735 | LACEY CAROLINA MORENO TOLEDO     | AUXILIAR DE ENFERMERIA  |
| 5    | 23.638.014 | ANA ELIZABETH JEJEN JEJEN        | AUXILIAR DE ENFERMERIA  |
| 6    | 53.116.107 | LADY CATALINA JARAMILLO MOLANO   | AUXILIAR DE ENFERMERIA  |
| 7    | 52.825.767 | YENNY MARCELA DIMATE BENJUMEA    | ENFERMERA               |
| 8    | 35.517.256 | MARIA ELVIA VERA BALLEEN         | ENFERMERO               |
| 9    | 52.856.309 | JENNY MARITZA MARTINEZ BARON     | HIGIENISTA ORAL         |
| 10   | 51.907.920 | NORMA CRISTINA BERMEO MORENO     | ODONTOLOGA              |
| 11   | 53.134.782 | BRENDA FERNANDA CHAVES RODRIGUEZ | AUXILIAR DE ENFERMERIA  |
| 12   | 29.540.231 | ANA LUDIVIA CAMPO LATORRE        | AUXILIAR DE ODONTOLOGIA |
| 13   | 51.898.831 | ANA LINDY ESPINOSA GONZALEZ      | HIGIENISTA              |
| 14   | 52.844.741 | NATALIA MOLINA COMBITA           | MEDICO                  |
| 15   | 52.394.284 | GLENY HERRERA BALLEEN            | ENFERMERA               |
| 16   | 59.667.939 | MARLEN ALIVE QUIÑONES ARAUJO     | AUXILIAR DE ENFERMERIA  |
| 17   | 53.892.339 | YULLY LISBETH PINTO ARIZA        | HIGIENISTA ORAL         |
| 18   | 52.198.859 | DEISY CONSUELO SALAS GALINDO     | AUXILIAR DE ENFERMERIA  |
| 19   | 52.281.174 | PAOLA ALEXANDRA TRIVIÑO PALACIOS | AUXILIAR DE ENFERMERIA  |
| 20   | 52.960.802 | ANGELA ISABEL CASAS PARRA        | MEDICO                  |
| 21   | 35.495.951 | MARIA JOSEFINA PEÑA VAN STRAHLEN | PSICOLOGO               |
| 22   | 53.131.773 | NORMA CONSTANZA PERDOMO GUERRERO | AUXILIAR ODONTOLOGIA    |
| 23   | 52.304.351 | ROSA NIL HUESO VILO              | AUXILIAR DE ENFERMERIA  |

22

|   |  |                   |   |
|---|--|-------------------|---|
|  | GTH-859-DI-FT-560                          | Página 1 de 1     |  |
|   | SOLICITUD DE VERIFICACIÓN DE TITULOS A SDS | Versión: 01       |   |
|   |  | Fecha: 2009-07-02 |   |

|     |               |                                      |                         |
|-----|---------------|--------------------------------------|-------------------------|
| 167 | 80.041.143    | IVAN RICARDO BARRERO MONTOYA         | MEDICO                  |
| 168 | 52.100.369    | ALBA ROCIO ARIAS AVILA               | ENFERMERA               |
| 169 | 52.300.718    | MIRYAM SOFIA RODRIGUEZ SUAREZ        | AUXILIAR DE ENFERMERIA  |
| 170 | 51.956.918    | NUBIA EVELIA GONZALEZ GONZALEZ       | AUXILIAR DE ENFERMERIA  |
| 171 | 52.431.140    | SANDRA MILENA OLAYA MURILLO          | ENFERMERA               |
| 172 | 39.614.149    | RUBIELA ESTRELLA CARDENAS BAYONA     | ENFERMERO               |
| 173 | 33.368.260    | ANDREA JOHANNA PINTO BECERRA         | MEDICO                  |
| 174 | 91.525.616    | CARLOS ALBERTO VILLANUEVA CARVAJAL   | MEDICO                  |
| 175 | 79.995.137    | JOSE ARCENIO SANABRIA CHAVARRO       | AUXILIAR DE ENFERMERIA  |
| 176 | 52.979.919    | DIANA PATRICIA AMADOR FORIGUA        | MEDICO                  |
| 177 | 51.832.211    | NELLY JEANNETTE RUIZ AVILA           | TERAPEUTA RESPIRATORIA  |
| 178 | 52.542.693    | CARMEN ROSA BLANCO PATIÑO            | AUXILIAR DE ENFERMERIA  |
| 179 | 52.073.906    | CLAUDIA LUCIA RODRIGUEZ NEIZA        | AUXILIAR DE LABORATORIO |
| 180 | 39.742.288    | SANDRA YANEY GUACANEME ROJAS         | ENFERMERA               |
| 181 | 52.769.464    | LILIANA ANDREA TORRES GALINDO        | BACTERIOLOGO            |
| 182 | 20.409.908    | NELLY AZUCENA COCUNUBO SAENZ         | AUXILIAR DE ENFERMERIA  |
| 183 | 52.761.197    | YOLIMA PEREZ BELTRAN                 | AUXILIAR DE LABORATORIO |
| 184 | 52.165.364    | LUZ ANGELA RAMIREZ ROJAS             | ENFERMERO               |
| 185 | 1.032.419.350 | JENNY PAOLA TORRES ROBAYO            | AUXILIAR DE ENFERMERIA  |
| 186 | 26.331.438    | OLGA BEATRIZ MOSQUERA MENA           | AUXILIAR DE ENFERMERIA  |
| 187 | 52.832.463    | JENNY PATRICIA GOMEZ MONTERO         | AUXILIAR DE ENFERMERIA  |
| 188 | 53.108.492    | SANDRA PATRICIA ARANZALES OCHOA      | ENFERMERA               |
| 189 | 52.328.914    | SONIA MARIA RODRIGUEZ RODRIGUEZ      | AUXILIAR DE ENFERMERIA  |
| 190 | 51.865.347    | CLAUDIA BIBIANA MELO ROCHA           | ODONTOLOGO              |
| 191 | 52.467.523    | MARILUZ CIFUENTES RODRIGUEZ          | AUXILIAR DE ENFERMERIA  |
| 192 | 52.520.559    | CATERIN CARREÑO OLMOS                | ENFERMERA               |
| 193 | 52.278.919    | DIANA LASSO CASTELBLANCO             | ENFERMERA               |
| 194 | 53.893.710    | FANNY MARGARITA AVENDAÑO BALLESTEROS | AUXILIAR DE FARMACIA    |
| 195 | 52.471.667    | SONIA BIANEY SEGURA GONZALEZ         | AUXILIAR DE ENFERMERIA  |
| 196 | 52.049.493    | RUTH ESTELA PINILLA MACANA           | ENFERMERO               |
| 197 | 52.469.541    | MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO         | AUXILIAR DE ENFERMERIA  |
| 198 | 52.227.525    | SANDRA MILENA SALAMANCA GUTIERREZ    | AUXILIAR DE LABORATORIO |
| 199 | 51.767.632    | SANDRA PATRICIA OSORIO DIMAS         | MEDICO                  |
| 200 | 52.739.998    | ANDREA YOLIMA FLOREZ MORENO          | MEDICO                  |
| 201 | 93.384.294    | NESTOR RAUL MARTINEZ HERNANDEZ       | ENFERMERO               |
| 202 | 79.616.121    | DIEGO FERNANDO CARDOZO CASTILLO      | AUXILIAR DE FARMACIA    |
| 203 | 1.075.210.846 | ZULEIDY ARAGON BERMUDEZ              | AUXILIAR DE ENFERMERIA  |
| 204 | 51.902.858    | MARIA AMPARO ROJAS PEREZ             | ENFERMERO               |
| 205 | 80.184.455    | JORGE MARIO MESA ROMERO              | MEDICO                  |
| 206 | 10.997.795    | EDUIN ALFONSO GENES CALDERIN         | MEDICO                  |
| 207 | 52.806.174    | DIANA MARIA TIBASOSA ALBARRACIN      | MEDICO                  |
| 208 | 52.869.313    | ANA MARIA CARDENAS BERNAL            | MEDICO                  |
| 209 | 23.854.613    | FLOR MARIA GIL GIL                   | AUXILIAR DE ENFERMERIA  |
| 210 | 322.758       | MARIA TERESA MAGALI ZOLEZZI VELASCO  | GINECOLOGA              |
| 211 | 51.571.340    | OLGA PATRICIA CARRERO TORRES         | MEDICO                  |
| 212 | 52.174.229    | LUZ MONICA REYES ORIGUA              | AUXILIAR DE ENFERMERIA  |
| 213 | 52.875.102    | LEIVY MARCELA RODRIGUEZ LEON         | ENFERMERA               |

|     |               |                                   |                           |
|-----|---------------|-----------------------------------|---------------------------|
| 357 | 35.513.547    | NUBIA FABUSTINA REVERA MONTENEGRO | AUXILIAR DE ENFERMERIA    |
| 358 | 80.035.349    | ANDRES FELIPE ORTIZ JEREZ         | MEDICO                    |
| 359 | 52.841.463    | PAOLA ANDREA TORRES JARA          | MEDICO                    |
| 360 | 41.954.449    | ANGELA MARIA LOPEZ CANO           | PSICOLOGA                 |
| 361 | 52.766.112    | DIANA MARCELA RUIZ QUIROZ         | MEDICO                    |
| 363 | 38.569.064    | PAULA ANDREA CALVO NUÑEZ          | MEDICO                    |
| 364 | 80.123.152    | DIEGO ENRIQUE SANTOS HERNANDEZ    | MEDICO                    |
| 365 | 1.012.351.773 | DIANA MARCELA MANCIPE MEDINA      | AUXILIAR DE ENFERMERIA    |
| 366 | 52.159.883    | LUZ CAROLINA GUTIERREZ C.         | AUXILIAR DE ODONTOLOGIA   |
| 367 | 1.022.351.810 | ELISETTE MURCIA ORTIZ             | AUXILIAR DE EMFERMERIA    |
| 368 | 52.475.134    | NORMA CONSTANZA GUTIERREZ PINEDA  | PROFESIONAL EN ENFERMERIA |
| 370 | 52.536.114    | ALBA CECILIA ARIAS ECHEVERRI      | AUXILIAR DE ENFERMERIA    |
| 372 | 1.073.671.713 | MONICA JANETH BAQUERO PERALTA     | AUXILIAR DE ENFERMERIA    |
| 373 | 1.073.323.041 | LUZ ELENA MANCILLA RAMIREZ        | AUXILIAR DE ENFERMERIA    |
| 374 | 52.214.787    | MARTHA CECILIA ORDOÑEZ OCASIÓN    | TERAPEUTA OCUPACIONAL     |
| 375 | 52.726.869    | BETSY CATERINE SANCHEZ APONTE     | ENFERMERA                 |
| 376 | 52.476.131    | KATHERINE SÁNCHEZ PRIETO          | PROFESIONAL EN ENFERMERIA |
| 377 | 52.458.404    | DIANA MILENA GALVIS GOMEZ         | HIGIENISTA ORAL           |
| 378 | 52.734.159    | MARIA ENOICE CIFUENTES SANCHEZ    | MEDICO                    |

19

Por favor, sírvase dirigir su respuesta a:

HOSPITAL PABLO VI BOSA- UNIDAD FUNCIONAL DE TALENTO HUMANO  
Carrera 78 A Bis # 69B-70 sur

Atentamente,

  
**CARMIÑA QUIROGA BONILLA**  
 UNIDAD FUNCIONAL DE TALENTO HUMANO



**ADICION Y PRORROGA A LA ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS NO. 618 DE 2009**

**NUMERO:** 02 DE 2009  
**OBJETO:** Adicionar en valor y prorrogar término de ejecución de la orden de prestación de servicios No.618 de 2009.  
**CONTRATANTE:** HOSPITAL PABLO VI BOSA E.S.E.  
**CONTRATISTA:** MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO  
**PLAZO:** HASTA EL 15 DE OCTUBRE O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO  
**VALOR ADICION:** \$466667.00

Entre los suscritos a saber: **GLORIA LIBIA POLANIA AGUILLON**, identificada con la C.C. No. 51.921.553 de Bogotá, actuando en nombre y representación de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL PABLO VI BOSA** con NIT. 800219600- 3, en calidad de Gerente, nombrada mediante Decreto No. 176 de 13 de junio de 2008 y como tal facultada para celebrar la presente acta por el Acuerdo 017 del 10 de Diciembre de 1997 y el Estatuto de Contratación de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL PABLO VI BOSA**, quien para efectos de la presente se denominará **EL HOSPITAL** por una parte, y por la otra, **MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO**, también mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía número No. 52469541, actuando en su nombre y representación, en su calidad de contratista, según reza la orden principal, hemos acordado celebrar la presente adición y prorroga, previas las siguientes:

**CONSIDERACIONES**

**PRIMERA:** Que el **HOSPITAL** y el **CONTRATISTA** suscribieron la orden de prestación de servicios No. de 2009 cuyo objeto es: "Desarrollar actividades de Salud Pública, enfocadas al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad de Bosa a través de acciones de planeación, ejecución, verificación y mejoramiento continuo, que garanticen el cumplimiento de metas y objetivos Institucionales, así como también apoyando la ejecución de todos los programas de promoción y prevención del Hospital y realizar labores a nivel auxiliar de enfermería en la atención de individuos, familia y comunidad y/o auxiliar de laboratorio clínico a fin de brindar apoyo logístico con calidad y oportunidades al área de enfermería." **SEGUNDA:** Que existe la necesidad de adicionar en valor y plazo la orden de prestación para dar cumplimiento a Los planes institucionales y objeto contractual. **TERCERA:** Que el contratista ha venido prestando sus servicios a entera satisfacción, cumpliendo con los objetivos propuestos y objeto contractual. **CUARTA:** Que el Régimen de contratación de la empresa permite la celebración de la presente adición y prorroga, siempre y cuando exista certificación de la buena prestación del servicio por parte del contratista. **QUINTA:** Que las partes de común acuerdo han convenido celebrar la presente adición y prorroga, conforme a las siguientes:

**CLÁUSULAS**

**PRIMERA: ADICIONAR** en valor la cláusula tercera de la orden de prestación de servicios No.618 de 2009, en la suma de CUATROCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE (**\$466667.00**), que serán cancelados al contratista en las mismas condiciones que la orden principal.

**SEGUNDA: PRORROGAR EN PLAZO** la orden principal, hasta el quince (15) de Octubre de 2009 o hasta agotar presupuesto.

**TERCERA: IMPUTACION PRESUPUESTAL:** El gasto que ocasione la presente adición se hará con cargo al C.D.P. No. 849 del 30 de Septiembre de 2009, Rubro 3210305 –CONTRATACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES.– VIGENCIA 2009.

**CUARTA: GARANTÍA.-** EL **CONTRATISTA** se obliga a ampliar las garantías respectivas, de acuerdo al valor y prorroga pactado en las cláusulas primera y segunda de este contrato, respecto de los riesgos amparados en la orden principal; dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la suscripción de la presente.

**QUINTA: PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION.** La presente adición se perfecciona con la suscripción del mismo y para su ejecución se requiere el registro presupuestal definitivo.

**SEXTA: VIGENCIA DE LAS ESTIPULACIONES.** Todas las cláusulas y estipulaciones contractuales de la orden principal No.618 de 2009, no modificadas por el presente acuerdo permanecen vigentes y se hacen exigibles. Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., a los Treinta (30) días del mes de Septiembre de 2009.

**GLORIA LIBIA POLANIA AGUILLON**  
**HOSPITAL**  
 Proyectó Oficina Jurídica/gmg  
 Revisó: jef

*Milena Patricia Lopez Castro*  
**MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO**  
**CONTRATISTA.**



POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

ENTIDAD ESTATAL

NIT. 860.009.578-6

|   |     |      |                                    |     |      |                            |  |                                      |     |                   |       |                           |                   |
|---|-----|------|------------------------------------|-----|------|----------------------------|--|--------------------------------------|-----|-------------------|-------|---------------------------|-------------------|
| <b>Ciudad de Expedición</b><br>BOGOTA, D.C. |     |      | <b>Sucursal</b><br>ANTIGUO COUNTRY |     |      | <b>Cod. Sucursal</b><br>21 |  | <b>No. Póliza</b><br>21-44-101041149 |     | <b>Anexo</b><br>2 |       |                           |                   |
| <b>Fecha Expedición</b>                     |     |      | <b>Vigencia Desde</b>              |     |      | <b>A las</b>               |  | <b>Vigencia Hasta</b>                |     | <b>A las</b>      |       | <b>Tipo de Movimiento</b> |                   |
| Día   | Mes | Año  | Día                                | Mes | Año  | Horas                      |  | Día                                  | Mes | Año               | Horas |                           | ANEXO DE PRORROGA |
| 05  | 10  | 2009 | 22                                 | 07  | 2009 | 00:00                      |  | 15                                   | 10  | 2010              | 00:00 |                           |                   |

DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO

|  |  |  |  |  |  |  |                                    |                     |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|------------------------------------|---------------------|--|--|--|
| <b>Nombre o Razon Social</b> LOPEZ CASTRO, MILENA PATRICIA |  |  |  |  |  |  | <b>Identificación</b> : 52.469.541 |                     |  |  |  |
| <b>Dirección</b> : HOSP. PABLI VI BOSA                     |  |  |  |  | <b>Ciudad</b> : BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL |  |                                    | <b>Teléfono</b> : . |  |  |  |

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

|   |  |  |  |  |  |  |                                       |                           |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|---------------------------------------|---------------------------|--|--|--|
| <b>Asegurado / Beneficiario</b> : EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL PABLO VI BOSA. |  |  |  |  |  |  | <b>Identificación</b> : 800.219.600-3 |                           |  |  |  |
| <b>Dirección</b> : CRA 78 A BIS NO. 69 B 76 SUR                                       |  |  |  |  | <b>Ciudad</b> : BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL |  |                                       | <b>Teléfono</b> : 7799800 |  |  |  |

OBJETO DEL SEGURO

Con sujeción a las condiciones generales de la póliza que se anexan, que forman parte integrante de la misma y que el asegurado y el tomador declaran haber recibido, Seguros del Estado S.A., garantiza:  
 GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LA ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 618 CELEBRADO CON EL HOSPITAL PABLO VI DE BOSA E.S.E.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS.

| AMPAROS      | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG/ACTUAL | SUMA ASEG/ANTERIOR |
|--------------|----------------|----------------|------------------|--------------------|
| CUMPLIMIENTO | 22/07/2009     | 15/10/2010     | \$391,466.70     | \$230,000.00       |

OBSERVACIONES

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO A SOLICITUD DEL ASEGURADO Y SEGUN OTROSI 001 SE AUMENTA EL VALOR ASEGURADO DE LA PRESENTE POLIZA Y SE PRORROGA SU VIGENCIA, LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES SIN MODIFICAR CONTINUAN VIGENTES.

| Valor Prima Neta | Gastos Expedición | IVA              | Total a Pagar     | Valor Asegurado Total | Fecha Limite de Pago |
|------------------|-------------------|------------------|-------------------|-----------------------|----------------------|
| \$ *****8,000.00 | \$ *****5,000.00  | \$ *****2,080.00 | \$ *****15,080.00 | \$ *****391,466.70    | / /                  |

| INTERMEDIARIO              |       |            | DISTRIBUCION COASEGURO |         |                 |
|----------------------------|-------|------------|------------------------|---------|-----------------|
| Nombre                     | Clave | % de Part. | Nombre Compañía        | % Part. | Valor Asegurado |
| LITZENDRAHT MORA CIFUENTES | 71517 | 100.00     |                        |         |                 |

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO

Para efectos de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es Calle 83 No 19-10 - Telefono: 6-917963

*Ramiro García Berrío*

FIRMA AUTORIZADA: Ramiro García Berrío - Vicepresidente de Fianzas

*Milena Patricia Lopez Castro*

FIRMA TOMADOR

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogota D.C. Telefono: 2186977

AIDARODRIGU



HOSPITAL PABLO VI BOSA  
Empresa Social del Estado

GJU-849-DI-FT-122

Página : 1

APROBACIÓN GARANTIA

Versión: 03

Fecha: 2009-03-03



Secretaría  
SALUD

MINISTERIO DE SALUD

TIPOLOGIA (Contrato, orden, Aceptación de Oferta) ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS  
OPS 618 DE 2009

**CONTRATISTA:** LOPEZ CASTRO MILENA PATRICIA  
Desarrollar actividades de Salud Pública, enfocadas al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad de Bosa a través de acciones de planeación, ejecución, verificación y mejoramiento continuo, que garanticen el cumplimiento de metas y objetivos Institucionales, así como también apoyando la ejecución de todos los programas de promoción y prevención del Hospital y realizar labores a nivel auxiliar de enfermería en la atención de individuos, familia y comunidad y/o auxiliar de laboratorio clínico a fin de brindar apoyo logístico con calidad y oportu- nidades al área de enfermería.

**OBJETO:**

**VALOR ADICION:** \$ 466667

**POLIZA:** 21-44-101041149

**COMPAÑÍA ASEGURADORA** SEGUROS DEL ESTADO

**AMPAROS:**

| AMPARO                           | VIGENCIA INICIAL | VIGENCIA FINAL | VALOR ASEGURADO |
|----------------------------------|------------------|----------------|-----------------|
| CUMPLIMIENTO                     | 2009/07/22       | 10/15/2010     | \$46667         |
| SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES | N/A              | N/A            | N/A             |
| CALIDAD                          | N/A              | N/A            | N/A             |
| ANTICIPO                         | N/A              | N/A            | N/A             |
| OTROS: DE RESPONSABILIDAD CIVIL  | N/A              | N/A            | N/A             |

Se aprueba la anterior garantía, por encontrarse ajustada a la ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS. OPS 618 /2009.

Dada en el Hospital Pablo VI Bosa, a los 05 días del mes de Octubre de 2009

  
Firma Jefe Oficina Jurídica

Elaboró: Of. Juridica/gmg

GJU-849-DI-FT-562

Página 1 de 1



**CERTIFICACION DE PAGO DE INTERVENTOR (A) DE  
CONTRATISTAS**

Versión: 01

Fecha 2009/07/24



EL (LA) SUSCRITO (A) INTERVENTOR(A)

HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICA QUE:

NOMBRE DE CONTRATISTA Milena Patricia Lopez IDENTIFICADO (A) CON C.C. 52.469.541

No. ORDEN (Favor relacionar Orden principal y Adiciones en caso que aplique) 618

PERIODO A CERTIFICAR (Favor relacionar fecha) Del 1 de octubre Al 31 de octubre

CUMPLIO A SATISFACCION CON EL OBJETO CONTRACTUAL? SI  NO

NOVEDADES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cordialmente,

FIRMA DEL INTERVENTOR(A) \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL INTERVENTOR(A) Amanda Salinas

CARGO O ACTIVIDAD: Lider Cami

NOTA: Esta certificación debe reposar en la carpeta del contrato en Jurídica

BOGOTA 20 Octubre, DE 2009

Señores  
HOSPITAL PABLO VI BOSA. E.S.E.  
Ciudad.

### CERTIFICACION

Yo MILENA PATRICIA LOPEZ CASILLO identificado (a) con Cédula de Ciudadanía N° 52469541, expedida en BOGOTA, me permito certificar bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social, corresponden a los ingresos provenientes de la Orden de Prestación de Servicios N° 618 de 2009 Materia de pago sujeto de retención, de acuerdo al siguiente detalle:

| N° OPS             | INGRESO MENSUAL  | INGRESO BASE DE COTIZACION | APORTE SALUD<br>Mes: <u>Octubre</u> | APORTE PENSION<br>Mes: <u>Octubre</u> | N° PLANILLA<br>Mes: <u>4472590</u> |  |
|--------------------|------------------|----------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|--|
| <u>618</u> DE 2009 | \$ <u>933333</u> | \$                         | \$ <u>62125</u>                     | \$ <u>79520</u>                       | <u>Nº octubre</u>                  |  |
|                    |                  |                            | Intereses<br>\$                     | Intereses<br>\$                       |                                    |  |
|                    |                  |                            | Total<br>\$ <u>62125.</u>           | Total<br>\$ <u>79520</u>              |                                    |  |

Esta certificación se expide para dar cumplimiento al artículo 4 del decreto 2271 de julio 18 de 2009

Atentamente,

Silencio P. Lopez E.

cc 52469541 expedida en BOGOTA

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

NUMERO DE CONTRATO Y/O ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS: 618

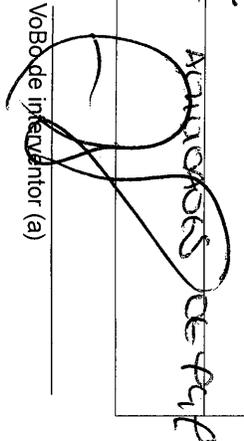
NOMBRE CONTRATISTA MILENA PEREIRA LREA CASILLO

OBJETO CONTRACTUAL DESARROLLAR ACTIVIDADES COMO AUXILIAR DE EXTENSIÓN EN EL ÁREA DE REGISTROS ENFERMOS AL MEDIANTE DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA COMUNIDAD DE BSA REALIZANDO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

INFORME DE ACTIVIDADES: DE 1 enero 2009 A 15 enero 2009

| Nº | ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO REPORTADO  | OBSERVACIONES | EVIDENCIAS Y/O SOPORTES (Corresponde a los documentos, actas, registros y/o informes soportes de las actividades realizadas) |
|----|---|---------------|--|
| 1  | Difusión de manera clara, completa y oportuna historias clínicas, notas de enfermería, de pies a cargo durante el turno |               | Registros de enfermería HIMS.  |
| 2  | Atención en el manejo farmacológico y formamos estándares según procedimientos institucionales de urgencias             |               | Registros físicos y aplicaciones.  |
| 3  | Cuidar y responder por instrumentos quirúrgicos y demás objetos del servicio que estén a cargo                          |               | Listo de instrumentales.   |
| 4  | Brindar educación en actividades de promoción y prevención en el área de atención a la calidad de vida.                 |               | Registros de actividades educativas a los usuarios   |
| 5  | Definir actividades realizadas en el servicio al nivel comunitario  |               | Notificación oportuna a nivel facilitador del servicio.  |
| 6  | Control, registro de signos vitales a pie que se encuentran a cargo   |               | Registros de cuidado de enfermería   |
| 7  | Promover demanda médica para cuidado ambulatorio.   |               | Registros de demanda médica  |
| 8  | Realizar sanitación según cronograma establecido, desinfecciones de unidades y servicios.                               |               | Registros de sanitación (café)   |
| 9  | Trabaja de muestras para laboratorio (para estudios morfológicos de laboratorio)  |               | Listo recepción de muestras de laboratorio.  |
| 10 | Promover desde el lugar de trabajo implementaciones en actividades de FCF ajenas.                                       |               | Registros de actividades de FCF.   |

Nombre y Firma del Contratista Milena P. Lopez L. AUX ENFERMERA  
52469511 Actividad (Auxiliar, Técnico, Profesional, Profesional Especializado, otro)

Voz de Interventor (a) 

ANEXO: El soporte de pago al sistema de Seguridad Social (Pensión, Salud y ARP) del periodo informado

**SIMPLE**

**RECIBO DE PAGO - PAS**

No. REFERENCIA 8844725908 No. PLANILLA 4472590 No. DE AFILIADOS 1 PERIODO DE PAGO SALUD 09 10 PENSIÓN 09 10  
 NIT/CEDEULA 52469541 EMPRESA/INDEPENDIENTE MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO

**DETALLE DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES**

| IDENTIFICACION |          | SALUD  |            | PENSION   |           | RIESGOS PROFESIONALES |        | OTROS |       |
|----------------|----------|--------|------------|-----------|-----------|-----------------------|--------|-------|-------|
| CC             | 52469541 | EPS008 | APORTE     | AFILIADO  | APORTE    | AÑO                   | APORTE | OTROS | OTROS |
|                |          |        | 62.125     | 230801    | 79.520    | 14-4                  | 12.226 |       | 0     |
| <b>TOTALES</b> |          |        | \$ 62.125  | \$ 79.520 | \$ 12.226 |                       |        |       | 0     |
|                |          |        | \$ 0       |           |           |                       |        |       |       |
|                |          |        | \$ 0       |           |           |                       |        |       |       |
|                |          |        | \$ 153.871 |           |           |                       |        |       |       |
|                |          |        | 0          |           |           |                       |        |       |       |
|                |          |        | \$ 0       |           |           |                       |        |       |       |

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO SIN EL TIMBRE DE LA CAJA REGISTRADORA  
 IDENTIFICACION = 8844725908  
 VALOR CUOTA = 0153871  
 FECHA EXPEDICION = 091007  
 CUOTAS SIMPLE

**VALOR A PAGAR \$ 153.871**

FECHA LIMITE DE PAGO: 07/10/2009  
 IMPORTANTE: UNA VEZ REALIZADO EL PAGO SE HARÁ EFECTIVO AL SIGUIENTE DÍA HÁBIL

**CAFAM SOACHA**

NIT: 860.013.570-3

70707090  
 MR CUOTAS SIMPLE NP153.871  
 INGRESE CODIGO BARRAS = 88  
 IDENT CLIENTE = 8844725908  
 VALOR CUOTA = 0153871  
 FECHA EXPEDICION = 091007  
 \*\*\*\* SUBTOTAL >>>> \$ 153.871

AJUSTE AL CAMBIO 11  
 EFECTIVO 170.000  
 CAMBIO 16.140

TIQUETE NRO: DF04 0000080586  
 RANGO: 00000001-9999999  
 Reso DIAN: 310000035074 de Ago 26/2008  
 SOMOS AUTORRETENEDORES  
 RESOLUCION 07254 AGOSTO 2005  
 SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES  
 RESOLUCION 7029 NOVIEMBRE 1996

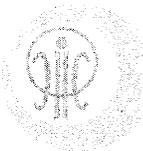
SU CAJERO : DIANA SOTO

DISCRIMINACION TARIFAS IVA  
 TARIFA COMPRA BASE/IMP. IVA  
 =00% 153,871 153,871 0  
 TOTAL= 153,871 153,871 0

NUMERO TOTAL DE ARTIC VEND = 0  
 7/10/09 11:22 2115 04 0138 73435

PARA CAFAM ES UN ORGULLO CONTAR  
 CON CLIENTES COMO USTED .. GRACIAS

DOMICILIOS CAFAM TEL: 3077011  
 ATENDEMOS SUGERENCIAS EN ADMINSTRACION



Empresa Social del Estado

Responsabilidad Social con la Localidad de Bosa

## ADICION Y PRORROGA A LA ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS NO. 618 DE 2009

**NUMERO:** 03 DE 2009  
**OBJETO:** Adicionar en valor y prorrogar término de ejecución de la orden de prestación de servicios No.618 de 2009.  
**CONTRATANTE:** HOSPITAL PABLO VI BOSA E.S.E.  
**CONTRATISTA:** MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO  
**PLAZO:** HASTA EL 28 DE OCTUBRE O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO  
**VALOR ADICION:** \$466667.00

Entre los suscritos a saber: GLORIA LIBIA POLANIA AGUILLON, identificada con la C.C. No. 51.921.553 de Bogotá, actuando en nombre y representación de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL PABLO VI BOSA con NIT. 800219600- 3, en calidad de Gerente, nombrada mediante Decreto No. 176 de 13 de junio de 2008 y como tal facultada para celebrar la presente acta por el Acuerdo 017 del 10 de Diciembre de 1997 y el Estatuto de Contratación de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL PABLO VI BOSA, quien para efectos de la presente se denominará EL HOSPITAL por una parte, y por la otra, MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO, también mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía número No. 52469541, actuando en su nombre y representación, en su calidad de contratista, según reza la orden principal, hemos acordado celebrar la presente adición y prorroga, previas las siguientes:

### CONSIDERACIONES

**PRIMERA:** Que el HOSPITAL y el CONTRATISTA suscribieron la orden de prestación de servicios No. de 2009 cuyo objeto es: "Desarrollar actividades de Salud Pública, enfocadas al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad de Bosa a través de acciones de planeación, ejecución, verificación y mejoramiento continuo, que garanticen el cumplimiento de metas y objetivos Institucionales, así como también apoyando la ejecución de todos los programas de promoción y prevención del Hospital y realizar labores a nivel auxiliar de enfermería en la atención de individuos, familia y comunidad y/o auxiliar de laboratorio clínico a fin de brindar apoyo logístico con calidad y portunidades al área de enfermería." **SEGUNDA:** Que existe la necesidad de adicionar en valor y plazo la orden de prestación para dar cumplimiento a Los planes institucionales y objeto contractual. **TERCERA:** Que el contratista ha venido prestando sus servicios a entera satisfacción, cumpliendo con los objetivos propuestos y objeto contractual. **CUARTA:** Que el Régimen de contratación de la empresa permite la celebración de la presente adición y prorroga, siempre y cuando exista certificación de la buena prestación del servicio por parte del contratista. **QUINTA:** Que las partes de común acuerdo han convenido celebrar la presente adición y prorroga, conforme a las siguientes:

### CLÁUSULAS

**PRIMERA: ADICIONAR** en valor la cláusula tercera de la orden de prestación de servicios No.618 de 2009, en la suma de CUATROCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE (\$466667.00), que serán cancelados al contratista en las mismas condiciones que la orden principal.

**SEGUNDA: PRORROGAR EN PLAZO** la orden principal, hasta el veintiocho (28) de Octubre de 2009 o hasta agotar presupuesto.

**TERCERA: IMPUTACION PRESUPUESTAL:** El gasto que ocasione la presente adición se hará con cargo al C.D.P. No. 873 del 14 de Octubre de 2009, Rubro 3210305 –CONTRATACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES.– VIGENCIA 2009.

**CUARTA: GARANTÍA.-** EL CONTRATISTA se obliga a ampliar las garantías respectivas, de acuerdo al valor y prorroga pactado en las cláusulas primera y segunda de este contrato, respecto de los riesgos amparados en la orden principal; dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la suscripción de la presente.

**QUINTA: PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION.** La presente adición se perfecciona con la suscripción del mismo y para su ejecución se requiere el registro presupuestal definitivo.

**SEXTA: VIGENCIA DE LAS ESTIPULACIONES.** Todas las cláusulas y estipulaciones contractuales de la orden principal No.618 de 2009, no modificadas por el presente acuerdo permanecen vigentes y se hacen exigibles. Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., a los Catorce (14) días del mes de Octubre de 2009.

GLORIA LIBIA POLANIA AGUILLON  
HOSPITAL

Proyectó Oficina Jurídica/gmg  
Revisó: jegr

MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO  
CONTRATISTA.



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

618

**RECIBO DE CAJA No.  
210072308**

123

| EXPEDIDO EN  | SUCURSAL        | CODIGO | FECHA      | CLAVE    | NOMBRE                     |           |
|--|-----------------|--------|------------|----------|----------------------------|-----------|
| BOGOTA, D.C.   | ANTIGUO COUNTRY | 21     | 24/11/2009 | 71517    | MORA CIFUENTES LITZENDRAHT |           |
| RECIBIMOS DE: MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO   |                 |        |            |          | NIT. 52.469.541            |           |
| LA SUMA DE: DIECIOCHO MIL SETECIENTOS TREINTA Y UNO CON 23/100 M/CTE.*****   |                 |        |            |          |                            |           |
| POR CONCEPTO DE: CU/101041149/4  |                 |        |            |          |                            |           |
| SUC-RAMO-POLIZA-ENDOSO   |                 |        | PRIMA      | GASTO    | IVA                        | VALOR     |
| ANTIGUO COUNTRY - CU. ENTIDAD.EST. - 101041149 - 4   |                 |        | 11,147.61  | 5,000.00 | 2,583.62                   | 18,731.23 |
| OTROS CONCEPTOS DE PAGO  |                 |        |            |          | VALOR                      |           |
| <b>SEGUROS DEL ESTADO S.A.</b><br><b>ANTIGUO COUNTRY</b><br><b>PAGADO</b><br>FORMA DE PAGO<br>24 NOV 2009<br>EFECTIVO <input checked="" type="checkbox"/> CHEQUE <input type="checkbox"/> TARJETA <input type="checkbox"/><br>RESPALDO CH <input type="checkbox"/> CONT <input type="checkbox"/> FIN <input type="checkbox"/><br><b>FIRMA AUTORIZADA</b> |                 |        |            |          |                            |           |
|  |                 |        |            |          | EFECTIVO: 18,731.23        |           |
|  |                 |        |            |          | CHEQUE: 0.00               |           |
|  |                 |        |            |          | TARJETA: 0.00              |           |
|  |                 |        |            |          | BD: 0.00                   |           |
|  |                 |        |            |          | OTROS: 0.00                |           |
| TRANSACCION 210126752  |                 |        |            |          | <b>TOTAL: 18,731.23</b>    |           |
| ESTE RECIBO NO TIENE VALIDEZ SIN EL SELLO DE LA CAJA REGISTRADORA Y/O FIRMA Y SELLO DE LA CAJA, O SI EL VALOR DE LOS CHEQUES NO ES ABONADO POR EL BANCO  |                 |        |            |          | CAJERO: JANETH DIAZ        |           |

IMPRESION EN BLANCO Y NEGRO. IMPRESION EN COLOR. IMPRESION EN NEGRO Y ROJO. IMPRESION EN NEGRO Y VERDE. IMPRESION EN NEGRO Y AZUL. IMPRESION EN NEGRO Y NARANJA. IMPRESION EN NEGRO Y PUNTO. IMPRESION EN NEGRO Y LINEA. IMPRESION EN NEGRO Y RECTANGULO. IMPRESION EN NEGRO Y CIRCULO. IMPRESION EN NEGRO Y ESTRELA. IMPRESION EN NEGRO Y TRIANGULO. IMPRESION EN NEGRO Y CRUC. IMPRESION EN NEGRO Y OVAL. IMPRESION EN NEGRO Y DIAMANTE. IMPRESION EN NEGRO Y CORAZON. IMPRESION EN NEGRO Y ANCLA. IMPRESION EN NEGRO Y ESCOPELON. IMPRESION EN NEGRO Y HERRAJE. IMPRESION EN NEGRO Y CUCHILLO. IMPRESION EN NEGRO Y SIERRA. IMPRESION EN NEGRO Y MACHETE. IMPRESION EN NEGRO Y PUNTA DE HERRAJE. IMPRESION EN NEGRO Y PUNTA DE SIERRA. IMPRESION EN NEGRO Y PUNTA DE MACHETE.



GJU-849-DI-FT-562

Página 1 de 1



CERTIFICACION DE PAGO DE INTERVENTOR (A) DE CONTRATISTAS

Versión: 02

Fecha: 2009/08/03

EL (LA) SUSCRITO (A) INTERVENTOR(A)

HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICA QUE:

NOMBRE DE CONTRATISTA Mikro Patricia Lopez IDENTIFICADO (A) CON C.C. 52469591

ORDEN (Favor relacionar Orden principal y Adiciones en caso que aplique) 618

PERIODO A CERTIFICAR (Favor relacionar fecha Inicial y Final del periodo a rendir) :

Del 01 NOV/09 Al 30 NOV/09

CUMPLIO A SATISFACCION CON EL OBJETO CONTRACTUAL? SI  NO

\*\*\*NOVEDADES: \_\_\_\_\_

Cordialmente,

SUMA DEL INTERVENTOR(A): [Signature]  
NOMBRE DEL INTERVENTOR(A) Gloria Amanda Salinas P.  
CARGO O ACTIVIDAD: Lider Cami

NOTA: Esta certificación debe reposar en la carpeta del contrato en Juridica

\*\*\*Novedades: Hace referencia a las situaciones que afectan el desarrollo de las actividades tales como: Incapacidades, licencias, incumplimiento de asistencia a actividades programadas, ejecución de actividades adicionales a las planeadas, y/u otras afines que se puedan presentar durante el desarrollo del objeto contractual

[Signature]

**INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES**

NUMERO DE CONTRATO Y/O ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS: 618  
 CONTRATISTA MILENA TABUCA WICK CASILLO

OBJETO CONTRACTUAL Desarrollar actividades de salud publica enfocadas al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad de Bosa, realizando actividades de enfermeria en la atencion de individuo, familia y comunidad

INFORME DE ACTIVIDADES: 31 octubre A 30 noviembre

| Nº | ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO REPORTADO  | OBSERVACIONES | EVIDENCIAS Y/O SOPORTES (Corresponde a los documentos, actas, registros y/o informes soportes de las actividades realizadas) |
|----|---|---------------|--|
| 1  | REALIZAR ACTIVIDADES DE AUXILIAR DE ENFERMERIA ASIGNADAS DE ACUERDO A LOS PROGRAMAS Y PLANES DE ACCION DE LA INSTITUCION.             |               | HIMS   |
| 2  | REALIZAR LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL SERVICIO PARA LA ATENCION DEL USUARIO TENIENDO EN CUENTA NORMAS TECNICAS Y ADMINISTRATIVAS |               | HIMS   |
| 3  | ADMINISTRAR MEDICAMENTOS DE ACUERDO CON LA PRESCRIPCION MEDICA LA ASIGNACION DE LA JEFE.  |               | HIMS HOJA DE TRATAMIENTO   |
| 4  | ENTREVISTAR AL PACIENTE DE ACUERDO A LA CONSULTA E IMPARTIENDO LA EDUCACION REQUERIDA.  |               | DEMANDA INDICIDA   |
| 5  | MANTENER SUS RESPECTIVOS SERVICIO EN ORDEN Y Y ESTRICTA LIMPIEZA  |               | CARPETA DE SANITIZACION  |
| 6  | ESTERILIZAR PREPARAR Y RESPONDER POR EL MATERIAL, EQUIPOS Y ELEMENTOS A CARGO   |               | LIBRO DE INVENTARIOS   |
| 7  | ADMINISTRAR LA DIETA PRESCRITA AL PACIENTE DE ACUERDO A NORMAS TECNICAS CIENTIFICAS   |               | HIMS   |
| 8  | PARTICIPAR EN LAS ACCIONES EN VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICAS PARA SITUACIONES QUE SEAN FACTOR DE RIESGO PARA LA POBLACION                 |               | LIBRO DE REPORTE DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA  |
| 9  | SOLICITAR AL COORDINADOR Y/O LIDER DEL AREA LOS RECURSOS NECESARIOS Y HACER USO RACIONAL A SU CARGO.                                  |               |  |
| 10 | DILIGENCIAR DE MANERA CLARA, COMPLETA Y OPORTUNA LOS INSTRUMENTOS QUE SEAN ENCOMENDADOS PARA LA EJECUCION DE SU ACTIVIDAD.            |               | HIMS CARPETAS DEL SERVICIO   |

*Milena Tabuca Wick Casillo*  
 Nombre y Firma del Contratista

Actividad (Auxiliar, Técnico, Profesional, Prfesional Especializado, otro)

Bogotá, 16-XI-09 de 2009

Señores  
HOSPITAL PABLO VI BOSA. E.S.E.  
Ciudad.

CERTIFICACION

Yo MENA PATRICIA LOPEZ CASTRO identificado (a) con Cédula de Ciudadanía N° 52469541 expedida en Bogotá, me permito certificar bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social, corresponden a los ingresos provenientes de la Orden de Prestación de Servicios N° 618 de 2009 Materia de pago sujeto de retención, de acuerdo al siguiente detalle:

| N° OPS                | INGRESO MENSUAL     | INGRESO BASE DE COTIZACION | APORTE SALUD<br>Mes: <u>NOVIEMBRE</u> | APORTE PENSION<br>Mes: <u>NOVIEMBRE</u> | N° PLANILLA<br>Mes: <u>4693808</u> |
|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------------------------|---|------------------------------------|
| <u>618</u> DE<br>2009 | \$ <u>1.000.000</u> | \$ <u>497.000</u>          | \$ <u>62.125</u>                      | \$ <u>79.520</u>                        | N° <u>4693808</u>                  |
|                       |                     |                            | Intereses<br>\$                       | Intereses<br>\$                         |                                    |
|                       |                     |                            | Total<br>\$ <u>62.125</u>             | Total<br>\$ <u>79.520</u>               |                                    |

Esta certificación se expide para dar cumplimiento al artículo 4 del decreto 2271 de julio 18 de 2009

Atentamente,

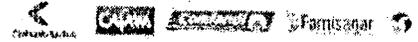
Juliana P. Lopez C.

C.C. 52469541 expedida en Bogotá

16

# SIMPLE

## RECIBO DE PAGO - PAS



No. REFERENCIA: 8846938089 No. PLANILLA: 4693808 No. DE AFILIADOS: 1 PERIODO DE PAGO: SALUD 09/11 PENSIÓN 05/11  
 NIT/CEDULA: 52469541 EMPRESA/INDEPENDIENTE: MILLENA PATRICIA LOPEZ CASTRO

### DETALLE DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

| IDENTIFICACIÓN               |          | SALUD  |            | PENSIÓN   |           | RIESGOS PROFESIONALES |        | CAJA   |        |
|------------------------------|----------|--------|------------|-----------|-----------|-----------------------|--------|--------|--------|
| TIPO                         | NÚMERO   | EPS    | APORTE     | APORTE    | APORTE    | APORTE                | APORTE | APORTE | APORTE |
| CC                           | 52469541 | EPS008 | 62.125     | 79.520    | 12.226    |                       |        |        |        |
| <b>TOTALES</b>               |          |        | \$ 62.125  | \$ 79.520 | \$ 12.226 |                       |        |        |        |
| <b>TOTAL IVA</b>             |          |        | \$ 0       |           |           |                       |        |        |        |
| <b>TOTAL SERA</b>            |          |        | \$ 0       |           |           |                       |        |        |        |
| <b>TOTAL A PAGAR APORTES</b> |          |        | \$ 153.871 |           |           |                       |        |        |        |
| <b>DÍAS DE HORA</b>          |          |        | 0          |           |           |                       |        |        |        |
| <b>VALOR DE LA HORA</b>      |          |        | \$ 0       |           |           |                       |        |        |        |

**TOTAL VALOR A PAGAR** \$ 153.871

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO SIN EL NOMBRE DE LA CAJA REGISTRADORA  
 IDENTIFICACION BARRAS = 88  
 VALOR CUOTA = 0153871  
 FECHA EXPEDICION = 091109  
 LUGAR SIMPLE  
 PLU: 70707090

FECHA LIMITE DE PAGO: 09/11/2009  
 IMPORTANTE: UNA VEZ REALIZADO EL PAGO SE HARÀ EFECTIVO AL SIGUIENTE DÍA HÁBIL

**CAFAM SOACHA**  
 NIT: 860.013.570-3

70707090  
 MR CUOTIAS SIMPLE NP153.871  
 INGRESO CODIGO BARRAS = 88  
 IDENTIFICACION = 8846938089  
 VALOR CUOTA = 0153871  
 FECHA EXPEDICION = 091109  
 \*\*\*\* SUBTOTAL >>>> \$ 153.871  
 AJUSTE AL CAMBIO 11  
 EFECTIVO 155.000  
 CAMBIO 1.140  
 TIQUETE NRC:DF04 0000087379  
 RANGO:0000001-9999999  
 Reso. DIAN: 31000035074 de Ago 26/2008  
 SOMCS AUTORRENEADORES  
 RESOLUCION 07254 AGOSTO 2005  
 SOMCS GRANDES CONTRIBUYENTES  
 RESOLUCION 7029 NOVIEMBRE 1996

SU CAJERO : DIANA SOTO  
 DISCRIMINACION TARIFAS IVA  
 TARIFA COMPRA BASE/IMP. IVA 0  
 =00% 153,871 153,871  
 TOTAL= 153,871 153,871 0

NUMERO TOTAL DE ARTIC VEND = 0  
 6/11/09 10:23 2115 04 0046 73435  
 PARA CAFAM ES UN ORGULLO CONTAR  
 CON CLIENTES COMO USTED ... GRACIAS

DOMICILIOS CAFAM TEL: 3077011  
 ATENDEMOS SUGERENCIAS EN ADMINISTRACION



GJU-849-DI-FT-562

Página 1 de 1

CERTIFICACION DE PAGO DE INTERVENTOR (A) DE CONTRATISTAS

Versión: 02

Fecha: 2009/08/03



EL (LA) SUSCRITO (A) INTERVENTOR(A)

HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICA QUE:

NOMBRE DE CONTRATISTA MILENA PATRICIA LOPEZ IDENTIFICADO (A) CON C.C. 52469541.

ORDEN (Favor relacionar Orden principal y Adiciones en caso que aplique) 618.

PERIODO A CERTIFICAR (Favor relacionar fecha Inicial y Final del periodo a rendir) :

10 de diciembre Al 31 de diciembre 2009.

CUMPLIO A SATISFACCION CON EL OBJETO CONTRACTUAL? SI  NO

\*\*\*NOVEDADES: \_\_\_\_\_

cordialmente,

IRMA DEL INTERVENTOR(A):

NOMBRE DEL INTERVENTOR(A)

CARGO O ACTIVIDAD :

[Signature]  
Gloria Margarita Salinas Pina Pan  
Lider Comj

NOTA: Esta certificación debe reposar en la carpeta del contrato en Juridica

\*\*\*Novedades: Hace referencia a las situaciones que afectan el desarrollo de las actividades tales como: Incapacidades, licencias, incumplimiento de asistencia a actividades programadas, ejecución de actividades adicionales a las planeadas, y/u otras afines que se puedan presentar durante el desarrollo del objeto contractual

[Signature]

**INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES**

NUMERO DE CONTRATO Y/O ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS: 618

CONTRATISTA MILGNA PATRICIA LLOTA

OBJETO CONTRACTUAL Desarrollar actividades de salud publica enfocadas al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad de Bosa, realizando actividades de enfermeria en la atencion de individuo, familia y comunidad

INFORME DE ACTIVIDADES: 1 de Octubre a 31 Octubre de 2007

| Nº | ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO REPORTADO  | OBSERVACIONES | EVIDENCIAS Y/O SOPORTES (Corresponde a los documentos, actas, registros y/o informes soportes de las actividades realizadas) |
|----|---|---------------|--|
| 1  | REALIZAR ACTIVIDADES DE AUXILIAR DE ENFERMERIA ASIGNADAS DE ACUERDO A LOS PROGRAMAS Y PLANES DE ACCION DE LA INSTITUCION.             |               | HIMS   |
| 2  | REALIZAR LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL SERVICIO PARA LA ATENCION DEL USUARIO TENIENDO EN CUENTA NORMAS TECNICAS Y ADMINISTRATIVAS |               | HIMS   |
| 3  | ADMINISTRAR MEDICAMENTOS DE ACUERDO CON LA PRESCRIPCION MEDICA LA ASIGNACION DE LA JEFE.  |               | HIMS HOJA DE TRATAMIENTO   |
| 4  | ENTREVISTAR AL PACIENTE DE ACUERDO A LA CONSULTA E IMPARTIENDO LA EDUCACION REQUERIDA.  |               | DEMANDA INDICADA   |
| 5  | MANTENER SUS RESPECTIVOS SERVICIO EN ORDEN Y Y ESTRICTA LIMPIEZA  |               | CARPETA DE SANITIZACION  |
| 6  | ESTERILIZAR PREPARAR Y RESPONDER POR EL MATERIAL, EQUIPOS Y ELEMENTOS A CARGO   |               | LIBRO DE INVENTARIOS   |
| 7  | ADMINISTRAR LA DIETA PRESCRITA AL PACIENTE DE ACUERDO A NORMAS TECNICAS CIENTIFICAS   |               | HIMS   |
| 8  | PARTICIPAR EN LAS ACCIONES EN VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICAS PARA SITUACIONES QUE SEAN FACTOR DE RIESGO PARA LA POBLACION                 |               | LIBRO DE REPORTE DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA  |
| 9  | SOLICITAR AL COORDINADOR Y/O LIDER DEL AREA LOS RECURSOS NECESARIOS Y HACER USO RACIONAL A SU CARGO.                                  |               |  |
| 10 | DILIGENCIAR DE MANERA CLARA, COMPLETA Y OPORTUNA LOS INSTRUMENTOS QUE SEAN ENCOMENDADOS PARA LA EJECUCION DE SU ACTIVIDAD.            |               | HIMS CARPETAS DEL SERVICIO   |

Chelony N. Lopez C. 52469541

ANX EUREMENSEA URG Hospitalizacion TARCO

• Nombre y Firma del Contratista  
VoBo de interventor (a)

Actividad (Auxiliar, Técnico, Profesional, Profesional Especializado, otro)

Bogotá, 9 oCTUBRE de 2009

Señores  
HOSPITAL PABLO VI BOSA. E.S.E.  
Ciudad.

CERTIFICACION

Yo MILGNA PATRICIA WILLY CASTRO, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía N° 52469541, expedida en BOGOTÁ, me permito certificar bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social, corresponden a los ingresos provenientes de la Orden de Prestación de Servicios N° 618 de 2009 Materia de pago sujeto de retención, de acuerdo al siguiente detalle:

| N° OPS                | INGRESO MENSUAL     | INGRESO BASE DE COTIZACION | APORTE SALUD<br>Mes: <u>oCTUBRE</u> | APORTE PENSION<br>Mes: _____ | N° PLANILLA<br>Mes: <u>491453</u> |
|-----------------------|---------------------|----------------------------|-------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| <u>618</u> DE<br>2009 | \$ <u>1'000.000</u> | \$ <u>497.000</u>          | \$ <u>62125</u>                     | \$ <u>79520</u>              | <u>oCTUBRE</u>                    |
|                       |                     |                            | Intereses<br>\$                     | Intereses<br>\$              | N°                                |
|                       |                     |                            | Total<br>\$ <u>62125</u>            | Total<br>\$ <u>72520</u>     |                                   |

Esta certificación se expide para dar cumplimiento al artículo 4 del decreto 2271 de julio 18 de 2009

Atentamente,

Milgna P. Lopez

C.C. 52469541 expedida en BOGOTÁ

# SIMPLE

## RECIBO DE PAGO - PAS

No. REFERENCIAL: 8849145632 No. PASILLA: 4914563 No. DE ADILAGOS: 1 PERIODO DE PAGO SALUD: 09 12 PENSIÓN: 09 12  
 NIT/CEDULA: 52468581 EMPRESA/INDEPENDIENTE: MELINA PATRICIA LOPEZ CASTRO

### DETALLE DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

| IDENTIFICACION      |          | ESTADO     |       | PERIODO   |                | CUESTOS PROFESIONALES |                | CAJA    |                |
|---------------------|----------|------------|-------|-----------|----------------|-----------------------|----------------|---------|----------------|
| CODIGO              | VALOR    | CODIGO     | VALOR | INGRESO   | IDENTIFICACION | INGRESO               | IDENTIFICACION | INGRESO | IDENTIFICACION |
| CC                  | 52468581 | 707        | 707   | 62.125    | 230801         | 79.520                | 79.520         | 12.226  | 0              |
| TOTAL               |          | \$ 62.125  |       | \$ 79.520 |                | \$ 12.226             |                | \$ 0    |                |
| TOTAL VALOR A PAGAR |          | \$ 153.871 |       |           |                |                       |                |         |                |

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO SIN EL TIMBRE DE LA CAJA REGISTRADORA

FECHA LIMITE DE PAGO: 07/12/2009  
 IMPORTANTE: UNA VEZ REALIZADO EL PAGO SE HARÁ EFECTIVO AL SIGUIENTE DÍA HÁBIL.

**CAFAM SOACHA**  
 NIT: 860.013.570-3

70707090  
 MR CUOTAS SIMPLE NP153.871  
 INGRESE CODIGO BARRAS = 88  
 IDENT CLIENTE = 8849145632  
 VALOR CUOTA = 0153871  
 FECHA EXPEDICION = 091207  
 \*\*\*\* SUBTOTAL >>>> \$ 153.871

AJUSTE AL CAMBIO 11  
 EFECTIVO 154.000  
 CAMBIO 140

TIQUETE NRO: DF04 0000093927  
 RANGO: 00000001-9999999  
 Reso. DIAN: 310000035074 de Ago 26/2008  
 SOMOS AUTORRETENEDORES  
 RESOLUCION 07254 AGOSTO 2005  
 SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES  
 RESOLUCION 7029 NOVIEMBRE 1996

SU CAJERO : DIANA SOTO

DISCRIMINACION TARIFAS IVA  
 TARIFA COMPRA BASE/IMP. IVA  
 =00% 153.871 153.871 0  
 TOTAL= 153.871 153.871 0

NUMERO TOTAL DE ARTIC VEND = 0  
 7/12/09 11:51 2115 04 0172 73435

PARA CAFAM ES UN ORGULLO CONTAR  
 CON CLIENTES COMO USTED .. GRACIAS

DOMICILIOS CAFAM TEL: 3077011  
 ATENDEMOS SUGERENCIAS EN ADMINSTRADO

COMPROBANTE DE PAGO POR EMPLEADO



Sistema Integrado Múltiple de Pagos Electrónicos - WWW.PAGOSIMPLE.COM

| DATOS PLANILLA            |         |    |    |
|---------------------------|---------|----|----|
| No. Planilla              | 3450779 |    |    |
| Tipo Planilla             | E       |    |    |
| Fecha de pago             | 2009    | 07 | 06 |
| Periodo pago de salud     | 2009    | 07 | 07 |
| Periodo pago de pensiones | 2009    | 06 | 06 |

| DATOS APORTANTE   |                                     |                  |     |
|-------------------|-------------------------------------|------------------|-----|
| Empresa Aportante | NUSIL CTA                           |                  |     |
| Tipo Aportante    | 5. COOPERATIVAS DE TRABAJO ASOCIADO |                  |     |
| Tipo Persona      | JURÍDICA                            |                  |     |
| Teléfono          | 6201407                             |                  |     |
| Ciudad            | BOGOTÁ                              |                  |     |
| No. Documento     | MI 83011387 2                       | N.º de Afiliados | 818 |
| Dirección         | CARRERA 8 NO. 123-76                |                  |     |
| Departamento      | BOGOTÁ D.C                          |                  |     |

| NOVEDADES DEL PERIODO |     |     |     |
|-----------------------|-----|-----|-----|
| ING                   | TIP | VST | VAL |
| RET                   | TAP | SLN | APP |
| TDE                   | VSP | IGE | VCT |
| TAE                   | VTE | LMA | IRP |
|                       |     |     | 00  |

| DATOS AFILIADO      |                              |                |         |
|---------------------|------------------------------|----------------|---------|
| Nombres y Apellidos | MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO |                |         |
| Ciudad              | BOGOTÁ                       |                |         |
| Departamento        | BOGOTÁ D.C                   |                |         |
| No. Documento       | CC 52469541                  | Salario Básico | 496,900 |
| Tipo de cotizante   | 31                           | Residente      | N       |
| Extranjero          | N                            |                |         |

| APORTE AFP ASOCIADAS AL AFILIADO        |                                     | AFP |  |
|---|-------------------------------------|-----|--|
| Código Administradora                   | 230801                              |     |  |
| Nit Administradora                      | 8002248278                          |     |  |
| Administradora                          | ING FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS |     |  |
| AFP Traslado                            |                                     |     |  |
| Ingreso Base de cotización              | 497,000                             |     |  |
| Valor Aporte Total Empleado             | 79,520                              |     |  |
| Aporte Cotización Obligatoria           | 79,520                              |     |  |
| Aportes Cotización Voluntaria Afiliado  | 0                                   |     |  |
| Aportes Cotización Voluntaria Aportante | 0                                   |     |  |
| Valor no retenido por aportes           | 0                                   |     |  |
| Fondo pensional de solidaridad          | 0                                   |     |  |
| Fondo pensional de subsistencia         | 0                                   |     |  |
| Valor Aporte Total Administradora       | 5,025,943                           |     |  |

| APORTE EPS ASOCIADAS AL AFILIADO  |               | EPS |  |
|-----------------------------------|---------------|-----|--|
| Código Administradora             | EPS008        |     |  |
| Nit Administradora                | 8600669427    |     |  |
| Administradora                    | EPS COMPENSAR |     |  |
| EPS Traslado                      |               |     |  |
| Ingreso Base de cotización        | 497,000       |     |  |
| Valor Aporte Total Empleado       | 62,125        |     |  |
| Cotización Obligatoria            | 62,125        |     |  |
| UPC                               | 0             |     |  |
| Valor Aporte Total Administradora | 8,635,774     |     |  |

| APORTE ARP ASOCIADAS AL AFILIADO  |                              | ARP |  |
|-----------------------------------|------------------------------|-----|--|
| Código Administradora             | 14-18                        |     |  |
| Nit Administradora                | 8600086457                   |     |  |
| Administradora                    | LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. |     |  |
| Ingreso Base de cotización        | 497,000                      |     |  |
| Valor Aporte Total Empleado       | 12,107                       |     |  |
| Valor Aporte Total Administradora | 9,259,389                    |     |  |

| APORTE CCF ASOCIADAS AL AFILIADO  |                 | CCF |  |
|-----------------------------------|-----------------|-----|--|
| Código Administradora             | CCF22           |     |  |
| Nit Administradora                | 8600073361      |     |  |
| Administradora                    | CCF COLSUBSIDIO |     |  |
| Ingreso Base de cotización        | 497,000         |     |  |
| Valor Aporte Total Empleado       | 19,900          |     |  |
| Valor Aporte Total Administradora | 15,316,793      |     |  |

| APORTE PARAFISCALES ASOCIADAS AL AFILIADO |            | PARAFISCALES |  |
|---|------------|--------------|--|
| Código Administradora                     | PASENA     |              |  |
| Nit Administradora                        | 8999992392 |              |  |
| Administradora                            | ICBF       |              |  |
| Ingreso Base de cotización                | 497,000    |              |  |
| Valor Aporte Total Empleado               | 9,940      |              |  |
| Valor Aporte Total Administradora         | 7,644,191  |              |  |

| APORTE CCF ASOCIADAS AL AFILIADO  |                 | CCF |  |
|-----------------------------------|-----------------|-----|--|
| Código Administradora             | CCF22           |     |  |
| Nit Administradora                | 8600073361      |     |  |
| Administradora                    | CCF COLSUBSIDIO |     |  |
| Ingreso Base de cotización        | 497,000         |     |  |
| Valor Aporte Total Empleado       | 19,900          |     |  |
| Valor Aporte Total Administradora | 15,316,793      |     |  |

Bogotá D.C., Julio 10 de 2009

Señores  
HOSPITAL PABLO VI DE BOSA E.S.E.  
Ciudad

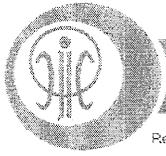
Respetados Señores:

Por la presente les informo que mi número de Cuenta de Ahorros del BANCOLOMBIA (antiguo Conavi) es 2026 015787794 lo anterior para efectos de pagos a mi nombre.

Agradezco su atención.

Cordialmente,

MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO  
C.C. 52.469.541 de Bogotá  
Calle 69 C Bis N. 78 - 14 Sur  
Tel. 7759781 - 4496301



**ADICION Y PRORROGA A LA ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS NO. 618 DE 2009**

**NUMERO:** 04 DE 2009  
**OBJETO:** Adicionar en valor y prorrogar término de ejecución de la orden de prestación de servicios No. 618 de 2009.  
**CONTRATANTE:** HOSPITAL PABLO VI BOSA E.S.E.  
**CONTRATISTA:** MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO  
**PLAZO:** HASTA 12/31/2009 O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO  
**VALOR ADICION:** \$ 2066667 .00

Entre los suscritos a saber: **GLORIA LIBIA POLANIA AGUILLON**, identificada con la C.C. No. 51.921.553 de Bogotá, actuando en nombre y representación de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL PABLO VI BOSA** con NIT. 800219600- 3, en calidad de Gerente, nombrada mediante Decreto No. 176 de 13 de junio de 2008 y como tal facultada para celebrar la presente acta por el Acuerdo 017 del 10 de Diciembre de 1997 y el Estatuto de Contratación de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL PABLO VI BOSA**, quien para efectos de la presente se denominará **EL HOSPITAL** por una parte, y por la otra, **MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO**, también mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía número No. 52469541, actuando en su nombre y representación, en su calidad de contratista, según reza la orden principal, hemos acordado celebrar la presente adición y prórroga, previas las siguientes:

**CONSIDERACIONES**

**PRIMERA:** Que el **HOSPITAL** y el **CONTRATISTA** suscribieron la orden de prestación de servicios No. 618 de 2009 cuyo objeto es: "Desarrollar actividades de Salud Pública, enfocadas al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad de Bosa a través de acciones de planeación, ejecución, verificación y mejoramiento continuo, que garanticen el cumplimiento de metas y objetivos Institucionales, así como también apoyando la ejecución de todos los programas de promoción y prevención del Hospital y realizar labores a nivel auxiliar de enfermería en la atención de individuos, familia y comunidad y/o auxiliar de laboratorio clínico a fin de brindar apoyo logístico con calidad y oportunidades al área de enfermería." **SEGUNDA:** Que existe la necesidad de adicionar en valor y plazo la orden de prestación para dar cumplimiento a Los planes institucionales y objeto contractual. **TERCERA:** Que el contratista ha venido prestando sus servicios a entera satisfacción, cumpliendo con los objetivos propuestos y objeto contractual. **CUARTA:** Que el Régimen de contratación de la empresa permite la celebración de la presente adición y prórroga siempre y cuando exista certificación de la buena prestación del servicio por parte del contratista. **QUINTA:** Que las partes de común acuerdo han convenido celebrar la presente adición y prórroga, conforme a las siguientes:

**CLÁUSULAS**

**PRIMERA: ADICIONAR** en valor la cláusula tercera de la orden de prestación de servicios No. 618 de 2009, en la suma de DOS MILLONES SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE. (**\$ 2066667.00**), que serán cancelados al contratista en las mismas condiciones que la orden principal.

**SEGUNDA: PRORROGAR EN PLAZO** la orden principal, hasta 12/31/2009 o hasta agotar presupuesto.

**TERCERA: IMPUTACION PRESUPUESTAL:** El gasto que ocasione la presente adición se hará con cargo al C.D.P. No. 919 del 27 de Octubre de 2009, Rubro 3210305 --CONTRATACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES.-- VIGENCIA 2009.

**CUARTA: GARANTÍA.-** EL **CONTRATISTA** se obliga a ampliar las garantías respectivas, de acuerdo al valor y prórroga pactado en las cláusulas primera y segunda de este contrato, respecto de los riesgos amparados en la orden principal: dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la suscripción de la presente.

**QUINTA: PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION.** La presente adición se perfecciona con la suscripción del mismo y para su ejecución se requiere el registro presupuestal definitivo.

**SEXTA: VIGENCIA DE LAS ESTIPULACIONES.** Todas las cláusulas y estipulaciones contractuales de la orden principal No. 618 de 2009, no modificadas por el presente acuerdo permanecen vigentes y se hacen exigibles. Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., a los Veintiocho (28) días del mes de Octubre, de 2009.

**GLORIA LIBIA POLANIA AGUILLON**  
HOSPITAL  
Proyecto Oficina Jurídica/gmg  
Revisó: jegr

*Milena P. Lopez C.*  
**MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO**  
CONTRATISTA.



NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL**

**ENTIDAD ESTATAL**

|   |     |                       |                                    |     |              |                            |                                     |                   |                           |       |                   |
|---|-----|-----------------------|------------------------------------|-----|--------------|----------------------------|-------------------------------------|-------------------|---------------------------|-------|-------------------|
| <b>Ciudad de Expedición</b><br>BOGOTA, D.C. |     |                       | <b>Sucursal</b><br>ANTIGUO COUNTRY |     |              | <b>Cod. Sucursal</b><br>21 | <b>No.Póliza</b><br>21-44-101041149 | <b>Anexo</b><br>4 |                           |       |                   |
| <b>Fecha Expedición</b>                     |     | <b>Vigencia Desde</b> |                                    |     | <b>A las</b> | <b>Vigencia Hasta</b>      |                                     | <b>A las</b>      | <b>Tipo de Movimiento</b> |       |                   |
| Día   | Mes | Año                   | Día                                | Mes | Año          | Horas                      | Día                                 | Mes               | Año                       | Horas |                   |
| 12  | 11  | 2009                  | 22                                 | 07  | 2009         | 00:00                      | 31                                  | 12                | 2011                      | 00:00 | ANEXO DE PRORROGA |

**DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO**

|  |  |
|--|--|
| <b>Nombre o Razon Social</b> LOPEZ CASTRO, MILENA PATRICIA | <b>Identificación</b> : 52.469.541             |
| <b>Dirección</b> : HOSP. PABLI VI BOSA                     | <b>Ciudad</b> : BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL |
|  | <b>Teléfono</b> :                              |

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

|   |  |
|---|--|
| <b>Asegurado / Beneficiario</b> : EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL PABLO VI BOSA. | <b>Identificación</b> : 800.219.600-3          |
| <b>Dirección</b> : CRA 78 A BIS NO. 69 B 76 SUR                                       | <b>Ciudad</b> : BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL |
|   | <b>Teléfono</b> : 7799800                      |

**OBJETO DEL SEGURO**

Con sujeción a las condiciones generales de la póliza que se anexan, que forman parte integrante de la misma y que el asegurado y el tomador declaran haber recibido, Seguros del Estado S.A., garantiza:

GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LA ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS No.618 CELEBRADO CON EL HOSPITAL PABLO VI DE BOSA E.S.E.

**AMPAROS**

|                                  |                |                |                  |                    |
|----------------------------------|----------------|----------------|------------------|--------------------|
| RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS. |                |                |                  |                    |
| AMPAROS                          | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG/ACTUAL | SUMA ASEG/ANTERIOR |
| CUMPLIMIENTO                     | 22/07/2009     | 31/12/2011     | \$1,521,333.30   | \$644,800.00       |

**OBSERVACIONES**

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO A SOLICITUD DEL ASEGURADO Y SEGUN OTROSI 002 y 003 SE AUMENTA EL VALOR ASEGURADO DE LA PRESENTE POLIZA Y SE PRORROGA SU VIGENCIA, LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES SIN MODIFICAR CONTINUAN VIGENTES.

|                         |                          |                  |                      |                              |                             |
|-------------------------|--------------------------|------------------|----------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <b>Valor Prima Neta</b> | <b>Gastos Expedición</b> | <b>IVA</b>       | <b>Total a Pagar</b> | <b>Valor Asegurado Total</b> | <b>Fecha Limite de Pago</b> |
| \$ *****11,147.61       | \$ *****5,000.00         | \$ *****2,583.62 | \$ *****18,731.23    | \$ *****1,521,333.30         | / /                         |

|                            |       |            |                               |         |                 |
|----------------------------|-------|------------|-------------------------------|---------|-----------------|
| <b>INTERMEDIARIO</b>       |       |            | <b>DISTRIBUCION COASEGURO</b> |         |                 |
| Nombre                     | Clave | % de Part. | Nombre Compañía               | % Part. | Valor Asegurado |
| LITZENDRAHT MORA CIPUENTES | 71517 | 100.00     |                               |         |                 |

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO

Para efectos de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es Calle 83 No 19-10 - Telefono: 6-917963

*Ramiro Garcia Berrío*

FIRMA AUTORIZADA: Ramiro Garcia Berrío - Vicepresidente de Fianzas

*Milena Lopez Castro*

FIRMA TOMADOR



HOSPITAL PABLO VI BOSA  
Empresa Social del Estado

GJU-849-DI-FT-122

APROBACIÓN GARANTIA

Página : 1

Versión: 03

Fecha: 2009-03-03



Secretaría  
SALUD

MAYOR DE BOGOTÁ

**ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 618 de 2009**

**CONTRATISTA:**

**MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO**

**OBJETO:**

Desarrollar actividades de Salud Pública, enfocadas al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad Bosa a través de acciones de planeación, ejecución, verificación y mejoramiento continuo, que garanticen el cumplimiento de metas y objetivos institucionales; así como también apoyando la ejecución de todos los programas de promoción y prevención del Hospital y realizar labores a nivel auxiliar de enfermería en la atención de individuos, familias, y comunidad y/o auxiliar de laboratorio clínico a fin de brindar apoyo logístico con calidad humana y oportunidades en el área de enfermería.

**VALOR:**

**\$ 2.066.667,00**

**POLIZA:**

**21-44-101041149 ANEXO 4**

**COMPAÑÍA ASEGURADORA**

**SEGUROS DEL ESTADO**

**AMPAROS:**

| AMPARO   | VIGENCIA INICIAL | VIGENCIA FINAL | VALOR ASEGURADO |
|--|------------------|----------------|-----------------|
| CUMPLIMIENTO                                       | 22/07/2009       | 31/12/2011     | \$ 206.666,70   |
| SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES | NA               | NA             | NA              |
| CALIDAD  | NA               | NA             | NA              |
| RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL            | NA               | NA             | NA              |
| BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO      | NA               | NA             | NA              |

**Se aprueban la garantía por encontrarse ajustada a la ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO. 618 DE 2009.**

Dada en el Hospital Pablo VI Bosa, a los doce (12) días del mes de noviembre de 2009

  
Firma Jefe Oficina Jurídica



**PRORROGA A LA ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS NO. OPS 618 DE 2009**

**NUMERO:** \_\_\_\_\_ **DE 2009**  
**OBJETO:** *Prorrogar término de ejecución de la orden de prestación de servicios No. OPS 618 de 2009.*  
**CONTRATANTE:** *HOSPITAL PABLO VI BOSA E.S.E.*  
**CONTRATISTA:** *MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO*  
**PLAZO:** *Hasta el 08 de enero de 2010 o hasta agotar la reserva presupuestal*

Entre los suscritos a saber: **GLORIA LIBIA POLANÍA AGUILLÓN**, identificada con la C.C. No. 51.921.553 de Bogotá, actuando en nombre y representación de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL PABLO VI BOSA** con NIT. 800.219.600- 3, en calidad de Gerente, nombrada mediante Decreto 176 de 13 de junio de 2008 y como tal facultada para celebrar la presente acta por el Acuerdo 017 del 10 de Diciembre de 1997 y el Estatuto de Contratación de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL PABLO VI BOSA**, quien para efectos de la presente se denominará **EL HOSPITAL** por una parte, y por la otra, **MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO**, también mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía número No. 52469541, actuando en su nombre y representación, en su calidad de contratista, según reza la orden principal, hemos acordado celebrar la presente prórroga, previas las siguientes:

**CONSIDERACIONES**

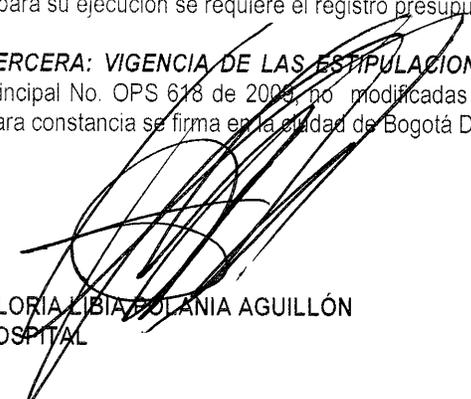
**PRIMERA:** Que el **HOSPITAL** y el **CONTRATISTA** suscribieron la orden de prestación de servicios No. OPS 618 de 2009 cuyo objeto es: "Desarrollar actividades de Salud Pública, enfocadas al mejoramiento dela calidad de vida de la comunidad de Bosa a través de acciones de planeación, ejecución, verificación y mejoramiento continuo, que garanticen el cumplimiento de metas y objetivos Instu." **SEGUNDA:** Que existe la necesidad de prorrogar en plazo la orden de prestación para dar cumplimiento a los planes institucionales y objeto contractual. **TERCERA:** Que el contratista ha venido prestando sus servicios a entera satisfacción, cumpliendo con los objetivos propuestos y objeto contractual. **CUARTA:** Que el Régimen de contratación de la empresa permite la celebración de la presente prórroga, siempre y cuando exista certificación de la buena prestación del servicio por parte del contratista. **QUINTA:** Que las partes de común acuerdo han convenido celebrar la presente prórroga, conforme a las siguientes:

**CLÁUSULAS**

**PRIMERA: PRORROGAR EN PLAZO** la orden principal No. OPS 618, hasta el 08 de enero de 2010 o hasta agotar la reserva presupuestal.

**SEGUNDA: PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION.** La presente prórroga se perfecciona con la suscripción del mismo y para su ejecución se requiere el registro presupuestal definitivo.

**TERCERA: VIGENCIA DE LAS ESTIPULACIONES.** Todas las cláusulas y estipulaciones contractuales de la orden principal No. OPS 618 de 2009, no modificadas por el presente acuerdo permanecen vigentes y se hacen exigibles. Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., a los veintitrés (23) días del mes de diciembre de 2009.

  
**GLORIA LIBIA POLANÍA AGUILLÓN**  
**HOSPITAL**

  
**CONTRATISTA**





GJU-849-DI-FT-562

Página 1 de 1

CERTIFICACION DE PAGO DE INTERVENTOR (A) DE CONTRATISTAS

Versión: 02

Fecha: 2009/08/03



EL (LA) SUSCRITO (A) INTERVENTOR(A)

HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICA QUE:

NOMBRE DE CONTRATISTA MILENA PATRICIA LOPEZ CASLO IDENTIFICADO (A) CON C.C. 52469541

ORDEN (Favor relacionar Orden principal y Adiciones en caso que aplique) 618

PERIODO A CERTIFICAR (Favor relacionar fecha Inicial y Final del periodo a rendir) :

del 1 Enero 2010 Al 31 Enero 2010

CUMPLIO A SATISFACCION CON EL OBJETO CONTRACTUAL? SI  NO

\*\*\*NOVEDADES: \_\_\_\_\_

rdialmente,

FRMA DEL INTERVENTOR(A): P/P Sandra M Caleño C

NOMBRE DEL INTERVENTOR(A) AMAJOA SALINAS

CARGO O ACTIVIDAD : TIPOLOGO CAMI

NOTA: Esta certificación debe reposar en la carpeta del contrato en Juridica

\*\*\*Novedades: Hace referencia a las situaciones que afectan el desarrollo de las actividades tales como: Incapacidades, licencias, incumplimiento de asistencia a actividades programadas, ejecución de actividades adicionales a las planeadas, y/u otras afines que se puedan presentar durante el desarrollo del objeto contractual

BOGOTA 19 DE ENERO de 2010

Señores  
HOSPITAL PABLO VI BOSA E.S.E  
Ciudad

### CERTIFICACION

Yo MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO identificado con Cedula de Ciudadanía N° 52469541 expedida en BOGOTA .. me permito certificar bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte de pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social, correspondientes a los ingresos provenientes de la orden de prestación de servicios N° de 2009 materia de pago sujeto de retención, de acuerdo al siguiente detalle:

| N° OPS        | INGRESO MENSUAL     | INGRESO BASE DE COTIZACION | APORTE A SALUD MES DE ENERO | APORTE PENSION MES DE ENERO | APORTE ARP MES ENERO  | N° DE PLANILLA MES DE ENERO |
|---------------|---------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| <u>618</u>    |                     |                            | \$ <u>62125</u>             | \$ <u>79520</u>             | \$ <u>12226</u>       | <u>5684422</u>              |
| ENERO de 2010 | \$ <u>1'000.000</u> | \$ <u>497.000</u>          | INTERES                     | INTERES                     | INTERES               |                             |
|               |                     |                            | TOTAL \$ <u>62125</u>       | TOTAL \$ <u>79520</u>       | TOTAL \$ <u>12226</u> |                             |

Esta certificación se expide para dar cumplimiento al articulo 4 del decreto 2271 de julio 18 de 2009.

Atentamente,

*Olivera N. Lopez C*

C.C. N° 52469541 expedida en BOGOTA

**INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES**

NUMERO DE CONTRATO Y/O ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS: 618

CONTRATISTA MILSNA PATRICIA WOLFF CASTRO

OBJETO CONTRACTUAL Desarrollar actividades de salud publica enfocadas al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad de Bosa, realizando actividades de enfermeria en la atencion de individuo, familia y comunidad

INFORME DE ACTIVIDADES: 16 de mayo 2010 A 31 de mayo 2010

| N° | ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO REPORTADO   | OBSERVACIONES | EVIDENCIAS Y/O SOPORTES (Corresponde a los documentos, actas, registros y/o informes soportes de las actividades realizadas) |
|----|--|---------------|--|
| 1  | REALIZAR ACTIVIDADES DE AUXILIAR DE ENFERMERIA ASIGNADAS DE ACUERDO A LOS PROGRAMAS Y PLANES DE ACCION DE LA INSTITUCION.                            |               | HIMS   |
| 2  | REALIZAR LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA LA ATENCION DEL USUARIO TENIENDO EN CUENTA NORMAS TECNICAS Y ADMINISTRATIVAS |               | HIMS   |
| 3  | ADMINISTRAR MEDICAMENTOS DE ACUERDO CON LA PRESCRIPCION MEDICA LA ASIGNACION DE LA JEFE.   |               | HIMS HOJA DE TRATAMIENTO   |
| 4  | ENTREVISTAR AL PACIENTE DE ACUERDO A LA CONSULTA E IMPARTIENDO LA EDUCACION REQUERIDA.   |               | DEMANDA INDICADA   |
| 5  | MANTENER SUS RESPECTIVOS SERVICIO EN ORDEN Y Y ESTRICTA LIMPIEZA   |               | CARPETA DE SANITIZACION  |
| 6  | ESTERILIZAR PREPARAR Y RESPONDER POR EL MATERIAL, EQUIPOS Y ELEMENTOS A CARGO  |               | LIBRO DE INVENTARIOS   |
| 7  | ADMINISTRAR LA DIETA PRESCRITA AL PACIENTE DE ACUERDO A NORMAS TECNICAS CIENTIFICAS  |               | HIMS   |
| 8  | PARTICIPAR EN LAS ACCIONES EN VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICAS PARA SITUACIONES QUE SEAN FACTOR DE RIESGO PARA LA POBLACION                                |               | LIBRO DE REPORTE DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA  |
| 9  | SOLICITAR AL COORDINADOR Y/O LIDER DEL AREA LOS RECURSOS NECESARIOS Y HACER USO RACIONAL A SU CARGO.   |               |  |
| 10 | DILIGENCIAR DE MANERA CLARA, COMPLETA Y OPORTUNA LOS INSTRUMENTOS QUE SEAN ENCOMENDADOS PARA LA EJECUCION DE SU ACTIVIDAD.                           |               | HIMS CARPETAS DEL SERVICIO   |

Chelney P. Lopez C

Nombre y Firma del Contratista SUBSISA

VoBo de interventor (a)

AUXILIAR COMO VIGILANCIA Y ASISTENTE 610-

Actividad (Auxiliar, Técnico, Profesional, Profesional Especializado, otro)

P/P Sandra M Calero C.

**SIMPLE**

**RECIBO DE PAGO - PAS**

No. REFERENCIA: 8856844228 No. PLANILLA: 5684422 No. DE AFILIADOS: 1 PERIODO DE PAGO: 10 01 PENSIÓN: 10 01  
 NIT/CEBULA: 52469541 EMPRESA / INDEPENDIENTE: MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO

**DETALLE DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES**

| IDENTIFICACION             |          | SAUD   |                   | PENSION |                  | RIESGOS PROFESIONALES |                  | CAJA   |          |
|----------------------------|----------|--------|-------------------|---------|------------------|-----------------------|------------------|--------|----------|
| TIPO                       | NUMERO   | EPS    | AFORTE            | AFORTE  | AFORTE           | AFORTE                | AFORTE           | AFORTE | AFORTE   |
| CC                         | 52469541 | EP5008 | 62.125            | 1230808 | 79.520           | 14-4                  | 12.226           |        | 0        |
| <b>TOTALES</b>             |          |        | <b>\$ 62.125</b>  |         | <b>\$ 79.520</b> |                       | <b>\$ 12.226</b> |        | <b>0</b> |
| TOTAL ICF                  |          |        | \$ 0              |         |                  |                       |                  |        | \$ 0     |
| TOTAL SENA                 |          |        | \$ 0              |         |                  |                       |                  |        | \$ 0     |
| TOTAL A PAGAR APORTES      |          |        | \$ 153.871        |         |                  |                       |                  |        | \$ 0     |
| DIAS DE MORA               | 1        |        |                   |         |                  |                       |                  |        |          |
| VALOR DE LA MORA           |          |        | \$ 0              |         |                  |                       |                  |        |          |
| <b>TOTAL VALOR A PAGAR</b> |          |        | <b>\$ 153.871</b> |         |                  |                       |                  |        |          |

FECHA LIMITE DE PAGO: 12/01/2010  
 IMPORTANTE: UNA VEZ REALIZADO EL PAGO SE HARÁ EFECTIVO AL SIGUIENTE DIA HABIL

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO SIN EL TIMBRE DE LA CAJA REGISTRADORA

**CAFAM SOACHA**

NIT: 860.013.570-3

70707090

MR CUOTAS SIMPLE NP153.871  
 INGRESO CODIGO BARRAS = 88  
 IDENT CLIENTE = 8856844228  
 VALOR CUOTA = 0153871  
 FECHA EXPEDICION = 100112  
 \*\*\*\* SUBTOTAL >>>> \$ 153.871

AJUSTE AL CAMBIO 11  
 EFECTIVO 160.000  
 CAMBIO 6.140

TIQUETE NRO: DF03 0000100237

RANGO: 00000001-9999999

Reso. DIAN: 310000035074 de Ago 26/2008

SOMOS AUTORRETENEDORES

RESOLUCION 07254 AGOSTO 2005

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

RESOLUCION 7029 NOVIEMBRE 1996

SU CAJERO : LUZ DARY PORTELA

| DISCRIMINACION TARIFAS IVA |                |                |          |
|----------------------------|----------------|----------------|----------|
| TARIFA                     | COMPRA         | BASE/IMP.      | IVA      |
| =00%                       | 153,871        | 153,871        | 0        |
| <b>TOTAL=</b>              | <b>153,871</b> | <b>153,871</b> | <b>0</b> |

NUMERO TOTAL DE ARTIC VEND = 0  
 12/01/10 13:38 2115 03 0121 83456

PARA CAFAM ES UN ORGULLO CONTAR  
 CON CLIENTES COMO USTED GRACIAS

DOMICILIOS CAFAM TEL: 3077011  
 ATENDEMOS SUGERENCIAS EN ADMINSTRACIO



GJU-849-DI-FT-562

Página 1 de 1

CERTIFICACION DE PAGO DE INTERVENTOR (A) DE CONTRATISTAS

Versión: 02

Fecha: 2009/08/03



EL (LA) SUSCRITO (A) INTERVENTOR(A)

HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICA QUE:

NOMBRE DE CONTRATISTA MILENA FABRICA WLT IDENTIFICADO (A) CON C.C 52469541

ORDEN (Favor relacionar Orden principal y Adiciones en caso que aplique) 618

PERIODO A CERTIFICAR (Favor relacionar fecha Inicial y Final del periodo a rendir)

del 1 FEBRERO AI 28 FEBRERO DE 2010

CUMPLIO A SATISFACCION CON EL OBJETO CONTRACTUAL? SI  NO

\*\*\*NOVEDADES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

rdialmente,

RNA DEL INTERVENTOR(A): \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL INTERVENTOR(A) RAMONDA SALAS

CARGO O ACTIVIDAD : COORDINADORA

NOTA: Esta certificación debe reposar en la carpeta del contrato en Juridica

\*\*\*Novedades: Hace referencia a las situaciones que afectan el desarrollo de las actividades tales como: Incapacidades, licencias, incumplimiento de asistencia a actividades programadas, ejecución de actividades adicionales a las planeadas, y/u otras afines que se puedan presentar durante el desarrollo del objeto contractual

Bogotá, 16 Febrero de 2010

Señores  
HOSPITAL PALBO VI BOSA E.S.E.  
Ciudad

### CERTIFICACIÓN

Yo MILGNA PATRICIA LOPEZ CASTRO - identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 52469541, expedida en BOGOTÁ, me permito certificar bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social, corresponden a los ingresos provenientes de la Orden de Prestación de Servicios No. 618 de 2009 materia de pago sujeto de retención, de acuerdo al siguiente detalle:

| No. OPS            | INGRESO MENSUAL | INGRESO BASE DE COTIZACIÓN | APORTE SALUD<br>Mes: <u>Febrero</u> | APORTE PENSION<br>Mes: <u>Febrero</u> | No. DE PLANILLA<br>Mes: <u>Febrero</u> |
|--------------------|-----------------|----------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <u>618</u> DE 2009 | \$ 1.000.000    | \$ 515.000                 | \$ 64400 -                          | \$ 82400 -                            | No. 6106753                            |
|                    |                 |                            | Intereses                           | Intereses                             |  |
|                    |                 |                            | \$                                  | \$                                    |  |
|                    |                 |                            | Total                               | Total                                 |  |
|                    |                 |                            | \$ 64400 -                          | \$ 82400 -                            |  |

ARL 12700 -

Esta certificación se expide para dar cumplimiento al artículo 4 del Decreto 2271 de Julio 18 de 2009.

Atentamente,

MILGNA PATRICIA LOPEZ  
C.C. No. 52469541 expedida en BOGOTÁ.

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

NUMERO DE CONTRATO Y/O ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS: 618.

CONTRATISTA MILGNA PATRICK WELZ.

OBJETO CONTRACTUAL Desarrollar actividades de salud publica enfocadas al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad de Bosa, realizando actividades de enfermeria en la atencion de individuo, familia y comunidad

INFORME DE ACTIVIDADES: 1 FEBRERO A 28 FEBRERO 2010.

| Nº | ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO REPORTADO   | OBSERVACIONES | EVIDENCIAS Y/O SOPORTES (Corresponde a los documentos, actas, registros y/o informes soportes de las actividades realizadas) |
|----|--|---------------|--|
| 1  | REALIZAR ACTIVIDADES DE AUXILIAR DE ENFERMERIA ASIGNADAS DE ACUERDO A LOS PROGRAMAS Y PLANES DE ACCION DE LA INSTITUCION.                            |               | HIMS   |
| 2  | REALIZAR LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA LA ATENCION DEL USUARIO TENIENDO EN CUENTA NORMAS TECNICAS Y ADMINISTRATIVAS |               | HIMS   |
| 3  | ADMINISTRAR MEDICAMENTOS DE ACUERDO CON LA PRESCRIPCION MEDICA Y ASIGNACION DE LA JEFE.  |               | HIMS HOJA DE TRATAMIENTO   |
| 4  | ENTREVISTAR AL PACIENTE DE ACUERDO A LA CONSULTA E IMPARTIENDO LA EDUCACION REQUERIDA.   |               | DEMANDA INDICADA   |
| 5  | MANTENER SUS RESPECTIVOS SERVICIO EN ORDEN Y ESTRICTA LIMPIEZA   |               | CARPETA DE SANITIZACION  |
| 6  | ESTERILIZAR PREPARAR Y RESPONDER POR EL MATERIAL, EQUIPOS Y ELEMENTOS A CARGO  |               | LIBRO DE INVENTARIOS   |
| 7  | ADMINISTRAR LA DIETA PRESCRITA AL PACIENTE DE ACUERDO A NORMAS TECNICAS CIENTIFICAS  |               | HIMS   |
| 8  | PARTICIPAR EN LAS ACCIONES EN VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICAS PARA SITUACIONES QUE SEAN FACTOR DE RIESGO PARA LA POBLACION                                |               | LIBRO DE REPORTE DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA  |
| 9  | SOLICITAR AL COORDINADOR Y/O LIDER DEL AREA LOS RECURSOS NECESARIOS Y HACER USO RACIONAL A SU CARGO.   |               |  |
| 10 | DILIGENCIAR DE MANERA CLARA, COMPLETA Y OPORTUNA LOS INSTRUMENTOS QUE SEAN ENCOMENDADOS PARA LA EJECUCION DE SU ACTIVIDAD.                           |               | HIMS CARPETAS DEL SERVICIO   |

MILGNA PATRICK WELZ *Selena P. Joffe*

Nombre y Firma del Contratista *Selena P. Joffe*  
 VoBo de interventor (a) 52469541 Auxiliar Ent. CAMI *ALLENAS HOSTALIZACION 6/0.*  
 Actividad (Auxiliar, Técnico, Profesional, Prfesional Especializado, otro)

# SIMPLE

## RECIBO DE PAGO - PAS

146



|                |            |   |         |                  |   |                       |       |         |       |
|----------------|------------|---|---------|------------------|---|-----------------------|-------|---------|-------|
| No. REFERENCIA | 8861087532 | No. PLANILLA  | 6108753 | No. DE AFILIADOS | 1 | PERIODO DE PAGO SALUD | 10 02 | PENSION | 10 02 |
| NIT/CEDEULA    | 52469541   | EMPRESA/INDEPENDIENTE: MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO |         |                  |   |                       |       |         |       |

### DETALLE DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

| DESTINACION    | SALUD    |        | PENSION |        | RIESGOS PROFESIONALES |        | CAJA   |        |
|----------------|----------|--------|---------|--------|-----------------------|--------|--------|--------|
|                | ACORTE   | ACORTE | ACORTE  | ACORTE | ACORTE                | ACORTE | ACORTE | ACORTE |
| CC             | 52469541 | EPS008 | 64.400  | 230801 | 82.400                | 14.4   | 12.700 |        |
| <b>TOTALES</b> |          |        |         |        |                       |        |        |        |
|                |          | \$     | 64.400  | \$     | 82.400                |        | 12.700 |        |
|                |          | \$     | 0       |        |                       |        |        |        |
|                |          | \$     | 0       |        |                       |        |        |        |
|                |          | \$     | 159.500 |        |                       |        |        |        |
|                |          | \$     | 0       |        |                       |        |        |        |
|                |          | \$     | 0       |        |                       |        |        |        |

**IMPORTE A PAGAR \$ 159.500**

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO SIN EL TACRO DE LA CAJA REGISTRADORA

FECHA LIMITE DE PAGO: 05/02/2010

IMPORTANTE: UNA VEZ REALIZADO EL PAGO SE HARÁ EFECTIVO AL SIGUIENTE DÍA HÁBIL

**CAFAM SOACHA**  
NIT: 860.013.570-3

70707090  
MR CUOTAS SIMPLE NP159.500  
INGRESE CODIGO BARRAS = 88  
IDENT CLIENTE = 8861087532  
VALOR CUOTA = 0159500  
FECHA EXPEDICION = 100205  
\*\*\*\* SUBTOTAL >>>> \$ 159.500

EFFECTIVO 160.000  
CAMBIO 500

TIQUETE NRO: DFO3 0000105653  
RANGO: 00000001-9999999  
Reso. DIAN: 310000035074 de Ago 26/2008  
SOMOS AUTORRETENEDORES  
RESOLUCION 07254 AGOSTO 2005  
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES  
RESOLUCION 7029 NOVIEMBRE 1996

SU CAJERO : FRANCY GOMEZ

| DISCRIMINACION TARIFAS IVA |         |           |     |   |
|----------------------------|---------|-----------|-----|---|
| TARIFA                     | COMPRA  | BASE/IMP. | IVA |   |
| =00%                       | 159,500 | 159,500   |     | 0 |
| TOTAL=                     | 159,500 | 159,500   |     | 0 |

NUMERO TOTAL DE ARTIC VEND = 0  
5/02/10 12:27 2115.03 0087 61023

PARA CAFAM ES UN ORGULLO CONTAR  
CON CLIENTES COMO USTED . GRACIAS

DOMICILIOS CAFAM TEL: 3077011  
ATENDEMOS SUGERENCIAS EN ADMINSTRACIO



ADICION Y PRORROGA A LA ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS NO. 618

**NUMERO:** 0\_ DE 2010  
**OBJETO:** Adicionar en valor y prorrogar término de ejecución de la orden de prestación de servicios No. 618  
**CONTRATANTE:** HOSPITAL PABLO VI BOSA E.S.E.  
**CONTRATISTA:** MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO  
**IDENTIFICACIÓN:** 52469541  
**PLAZO:** Hasta el 5/31/2010 o hasta agotar la reserva presupuestal  
**VALOR ADICION:** \$ 3150000

Entre los suscritos a saber: **GLORIA LIBIA POLANÍA AGUILLÓN**, identificada con la C.C. No. 51.921.553 de Bogotá, actuando en nombre y representación de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL PABLO VI BOSA** con NIT. 800.219.600- 3, en calidad de Gerente, nombrada mediante Decreto 176 de 13 de junio de 2008 y como tal facultada para celebrar la presente acta por el Acuerdo 017 del 10 de Diciembre de 1997 y el Estatuto de Contratación de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL PABLO VI BOSA**, quien para efectos de la presente se denominará **EL HOSPITAL** por una parte, y por la otra, **MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO**, también mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía número No. 52469541, actuando en su nombre y representación, en su calidad de contratista, según reza la orden principal, hemos acordado celebrar la presente adición y prórroga, previas las siguientes:

**CONSIDERACIONES**

**PRIMERA:** Que el **HOSPITAL** y el **CONTRATISTA** suscribieron la orden de prestación de servicios No. 618 cuyo objeto es: "Desarrollar actividades de Salud Pública, enfocadas al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad de Bosa a través de acciones de planeación, ejecución, verificación y mejoramiento continuo, que garanticen el cumplimiento de metas y objetivos Instu". **SEGUNDA:** Que existe la necesidad de prorrogar en plazo y adicionar en valor la orden de prestación para dar cumplimiento a los planes institucionales y objeto contractual. **TERCERA:** Que el contratista ha venido prestando sus servicios a entera satisfacción, cumpliendo con los objetivos propuestos y objeto contractual. **CUARTA:** Que el Régimen de contratación de la empresa permite la celebración de la presente prórroga y adición, siempre y cuando exista certificación de la buena prestación del servicio por parte del contratista. **QUINTA:** Que las partes de común acuerdo han convenido celebrar la presente prórroga y adición, conforme a las siguientes:

**CLÁUSULAS**

**PRIMERA: PRORROGAR EN PLAZO** la orden principal No. 618, hasta el 5/31/2010 o hasta agotar la reserva presupuestal.

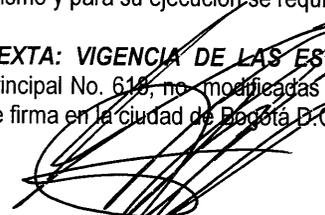
**SEGUNDA: ADICIONAR** en valor la cláusula tercera de la orden de prestación de servicios No. 618, en la suma de TRES MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS M/CTE (**\$3150000**), que serán cancelados al contratista en las mismas condiciones que la orden principal.

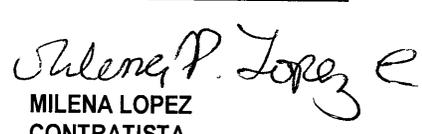
**TERCERA: IMPUTACION PRESUPUESTAL:** El gasto que ocasione la presente adición se hará con cargo al C.D.P. No. 451 del 26 de febrero de 2010, Rubro 3210305 – CONTRATACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES – VIGENCIA 2010.

**CUARTA: GARANTÍA.** EL **CONTRATISTA** se obliga a ampliar las garantías respectivas, de acuerdo a la prórroga y valor pactados en las cláusulas primera y segunda de este contrato, respecto de los riesgos amparados en la orden principal, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la suscripción de la presente.

**QUINTA: PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION.** La presente prórroga y adición se perfecciona con la suscripción del mismo y para su ejecución se requiere el registro presupuestal definitivo.

**SEXTA: VIGENCIA DE LAS ESTIPULACIONES.** Todas las cláusulas y estipulaciones contractuales de la orden principal No. 618, no modificadas por el presente acuerdo permanecen vigentes y se hacen exigibles. Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., a los veintiséis (26) días del mes de febrero de 2010.

  
GLORIA LIBIA POLANÍA AGUILLÓN  
HOSPITAL

  
MILENA LOPEZ  
CONTRATISTA



NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

ENTIDAD ESTATAL

|   |     |      |                                    |     |      |              |                            |                       |                                     |              |                   |                           |
|---|-----|------|------------------------------------|-----|------|--------------|----------------------------|-----------------------|-------------------------------------|--------------|-------------------|---------------------------|
| <b>Ciudad de Expedición</b><br>BOGOTA, D.C. |     |      | <b>Sucursal</b><br>ANTIGUO COUNTRY |     |      |              | <b>Cod. Sucursal</b><br>21 |                       | <b>No.Póliza</b><br>21-44-101041149 |              | <b>Anexo</b><br>9 |                           |
| <b>Fecha Expedición</b>                     |     |      | <b>Vigencia Desde</b>              |     |      | <b>A las</b> |                            | <b>Vigencia Hasta</b> |                                     | <b>A las</b> |                   | <b>Tipo de Movimiento</b> |
| Día   | Mes | Año  | Día                                | Mes | Año  | Horas        | Día                        | Mes                   | Año                                 | Horas        |                   |                           |
| 11  | 03  | 2010 | 22                                 | 07  | 2009 | 00:00        | 31                         | 05                    | 2011                                | 00:00        |                   | ANEXO DE PRORROGA         |

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>Nombre o Razon Social</b> LOPEZ CASTRO, MILENA PATRICIA |  | <b>Identificación</b> : 52.469.541             |  |
| <b>Dirección</b> : HOSP. PABLI VI BOSA                     |  | <b>Ciudad</b> : BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL |  |
|  |  | <b>Teléfono</b> : .                            |  |

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>Asegurado / Beneficiario</b> : EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO-HOSPITAL PABLO VI BOSA |  | <b>Identificación</b> : 800.219.600-3          |  |
| <b>Dirección</b> : CRA 78 A BIS NO. 69 B 76 SUR                                    |  | <b>Ciudad</b> : BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL |  |
|  |  | <b>Teléfono</b> : 7799800                      |  |

OBJETO DEL SEGURO

Con sujeción a las condiciones generales de la póliza que se anexan, que forman parte integrante de la misma y que el asegurado y el tomador declaran haber recibido, Seguros del Estado S.A., garantiza:  
 GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LA ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS No.618 CELEBRADO CON EL HOSPITAL PABLO VI DE BOSA E.S.E.

AMPAROS

|                                  |                |                |                  |                    |
|----------------------------------|----------------|----------------|------------------|--------------------|
| RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS. |                |                |                  |                    |
| AMPAROS                          | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG/ACTUAL | SUMA ASEG/ANTERIOR |
| CUMPLIMIENTO                     | 22/07/2009     | 31/05/2011     | \$1,159,800.00   | \$844,800.00       |

OBSERVACIONES

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO Y A SOLICITUD DEL ASEGURADO, SE PRORROGA SU VIGENCIA Y SE AUMENTA EL VALOR ASEGURADO DE LA PRESENTE POLIZA, LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES SIN MODIFICAR CONTINUAN VIGENTES.

|                         |                          |                  |                      |                              |                             |
|-------------------------|--------------------------|------------------|----------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <b>Valor Prima Neta</b> | <b>Gastos Expedición</b> | <b>IVA</b>       | <b>Total a Pagar</b> | <b>Valor Asegurado Total</b> | <b>Fecha Limite de Pago</b> |
| \$ *****8,000.00        | \$ *****7,000.00         | \$ *****2,400.00 | \$ *****17,400.00    | \$ *****1,159,800.00         | / /                         |

|                            |       |            |                               |         |                 |
|----------------------------|-------|------------|-------------------------------|---------|-----------------|
| <b>INTERMEDIARIO</b>       |       |            | <b>DISTRIBUCION COASEGURO</b> |         |                 |
| Nombre                     | Clave | % de Part. | Nombre Compañía               | % Part. | Valor Asegurado |
| LITZENDRAHT MORA CIFUENTES | 71517 | 100.00     |                               |         |                 |

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO

Para efectos de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es Calle 83 No 19-10 - Telefono: 6-917963

*Ramiro García Berrio*

*Milena Patricia Lopez Castro*

FIRMA AUTORIZADA: Ramiro García Berrio - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogota D.C. Telefono: 2186977

AIDARODRIGUEZ



HOSPITAL PABLO VI BOSA  
Empresa Social del Estado

GJU-849-DI-FT-122

Página : 1



Secretaría  
SALUD

**APROBACIÓN GARANTIA**

Versión: 03

Fecha: 2009-03-03

TIPOLOGIA (Contrato, orden, Aceptación de Oferta) ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No.618 DE 2009

CONTRATISTA: MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO C.C. 52469541  
 Desarrollar actividades de Salud Pública, enfocadas al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad de Bosa a través de acciones de planeación, ejecución, verificación y mejoramiento continuo, que garanticen el cumplimiento de metas y objetivos Instu

OBJETO:

VALOR ADICION: \$3150000

POLIZA: 021-44-101041149

COMPAÑÍA ASEGURADORA SEGUROS DEL ESTADO S.A

AMPAROS:

| AMPARO                           | VIGENCIA INICIAL | VIGENCIA FINAL | VALOR ACTUAL ASEGURADO |
|----------------------------------|------------------|----------------|------------------------|
| CUMPLIMIENTO                     | 2009/07/22       | 5/31/2011      | \$315000               |
| SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES | N/A              | N/A            | N/A                    |
| CALIDAD                          | N/A              | N/A            | N/A                    |
| ANTICIPO                         | N/A              | N/A            | N/A                    |
| OTROS: DE RESPONSABILIDAD CIVIL  | N/A              | N/A            | N/A                    |

Se aprueba la anterior garantía por encontrarse ajustada a la ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 618 /2009.

Dada en el Hospital Pablo VI Bosa,

Firma Jefe  
Of. Jurídica

Elaboró:  
GMG



GJU-849-DI-FT-562

Página 1 de 1

CERTIFICACION DE PAGO DE INTERVENTOR (A) DE CONTRATISTAS

Versión: 02

Fecha: 2009/08/03



EL (LA) SUSCRITO (A) INTERVENTOR(A)

HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICA QUE:

NOMBRE DE CONTRATISTA MILENA FABRICA LOPEZ C IDENTIFICADO (A) CON C.C 52469511

No. ORDEN (Favor relacionar Orden principal y Adiciones en caso que aplique) 618

PERIODO A CERTIFICAR (Favor relacionar fecha Inicial y Final del periodo a rendir) :

Del 2 Al 31 de marzo de 2010

CUMPLIO A SATISFACCION CON EL OBJETO CONTRACTUAL? SI  NO

\*\*\*NOVEDADES: \_\_\_\_\_

Cordialmente,

FIRMA DEL INTERVENTOR(A): \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL INTERVENTOR(A) Amorosa Salinas

CARGO O ACTIVIDAD : \_\_\_\_\_

NOTA: Esta certificación debe reposar en la carpeta del contrato en Jurídica

\*\*\*Novedades: Hace referencia a las situaciones que afectan el desarrollo de las actividades tales como: Incapacidades, licencias, incumplimiento de asistencia a actividades programadas, ejecución de actividades adicionales a las planeadas, y/u otras afines que se puedan presentar durante el desarrollo del objeto contractual



BOGOTA 16 - MARZO 2010 -

Señores  
HOSPITAL PABLO VI BOSA E.S.E  
Ciudad

**CERTIFICACION**

Yo MUENA PATRICIA WILLY identificado(a) con Cedula de Ciudadanía N° 52469541 expedida en BOGOTA me permito certificar bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte de pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social, correspondientes a los ingresos provenientes de la orden de prestación de servicios N° 618 de 2010 materia de pago sujeto de retención, de acuerdo al siguiente detalle:

| Nº OPS | INGRESO MENSUAL | INGRESO BASE DE COTIZACION | APORTE A SALUD MES DE <u>marzo</u> | APORTE PENSION MES DE <u>marzo</u> | APORTE ARP MES <u>marzo</u> | Nº DE PLANILLA MES DE <u>marzo</u> |
|--------|-----------------|----------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| 618    | \$1050.000      | \$516.000                  | \$ 64 400                          | \$ 82 400                          | \$ 12 900                   | 6528949                            |
|        |                 |                            | Intereses                          | Intereses                          | Intereses                   |                                    |
|        |                 |                            | TOTAL 64 400                       | TOTAL \$ 82 400                    | TOTAL \$ 12 900             |                                    |

Esta certificación se expide para dar cumplimiento al articulo 4 del decreto 2271 de julio 18 de 2009.

Atentamente,  
Olivera P. Lopez

C.C. N° 52469541 de BOGOTA

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

NUMERO DE CONTRATO Y/O ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS: 618  
 CONTRATISTA EMILIA BARICA WOLF CASIN  
 OBJETO CONTRACTUAL REVISION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR EN EL SISTEMA DE SERVICIO DE U.S.  
 INFORME DE ACTIVIDADES: 1 MARZO A 31 MARZO

| N° | ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO REPORTADO   | OBSERVACIONES | EVIDENCIAS Y/O SOPORTES (Corresponde a los documentos, actas, registros y/o informes soportes de las actividades realizadas) |
|----|--|---------------|--|
| 1  | REALIZAR LOS DIFERENTES REGISTROS DE INGRESOS Y EGRESOS POR LOS PACIENTES DEL AREA ASISTENCIAL ASIGNADA.   |               | HIMS REGISTROS, CARPETAS Y DEMAS DOCUMENTOS DEL SERVICIO.  |
| 2  | ASISTIR Y PARTICIPAR EN EL RECIBO Y ENTREGA DE TURNO DE LOS PACIENTES DE URGENCIAS.  |               | HIMS REGISTROS, CARPETAS Y DEMAS DOCUMENTOS DEL SERVICIO.  |
| 3  | RESPONDER POR EL MANTENIMIENTO Y DOTACION DEL CARRO DE PARO CON LOS MEDICAMENTOS CON LOE ELEMENTO NECESARIOS Y SUFICIENTES PAR LA ATENCION DEL PACIENTE QUE LO REQUIERA REALIZANDO CONTROL CADA TURNO EN EL SERVICIO DE URENCIAS.                                |               | HIMS REGISTROS, CARPETAS Y DEMAS DOCUMENTOS DEL SERVICIO.  |
| 4  | REVISAR LS HISTORIAS CLINICAS DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN AL SERVICIO .ORDEN DE HOSPITALIZACION ,MEDICAMENTOS, MEDIOS DIAGNOSTICOS, ENTRE OTROS, DILIGENCIAR LAS TARJETAS DE MEDICAMENTOS E INFORMAR AL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA LAS CONDUCTS A SEGUIR. |               | HIMS REGISTROS, CARPETAS Y DEMAS DOCUMENTOS DEL SERVICIO.  |
| 5  | ASISTIR Y COLABORR CON EL EQUIPO MEDICO EN L REALIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS SISTENCIALES.   |               | HIMS REGISTROS, CARPETAS Y DEMAS DOCUMENTOS DEL SERVICIO.  |
| 6  | ELBOR SEGUN ORDEN MEDICA Y PATOLOGO EL REGISTRO DE DIETAS Y VELAR POR SU CORRECA PLICACION.  |               | HIMS REGISTROS, CARPETAS Y DEMAS DOCUMENTOS DEL SERVICIO.  |
| 7  | REALIZAR LOS REGISTROS DE ENFERMERIA SEGUN EL ESTADO DEL PACIENTE, LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS Y LA CONDUCTA TOMADA DE ACUERDO GUIAS Y POLITICAS INSTITUCIONALES.  |               | HIMS REGISTROS, CARPETAS Y DEMAS DOCUMENTOS DEL SERVICIO.  |
| 8  | ELAVORAR, REVISY Y ACTUALIZAR EN CADA TURNO EL LIBRO DE ENTREGA DE ACUERDO A GUIA INSTITUCIONAL.   |               | HIMS REGISTROS, CARPETAS Y DEMAS DOCUMENTOS DEL SERVICIO.  |
| 9  | INFORMAR Y COORDINAR CON L FAMILIA EL ENVIO DE LAS MUESTRAS PARA ESTUDIO DE PATOLOGIA.   |               | HIMS REGISTROS, CARPETAS Y DEMAS DOCUMENTOS DEL SERVICIO.  |
| 10 | INFORMR OPORTUNAMENTE AL EQUIPO MEDICO CUALQUIER LTERACION YA SEA FISICA , PSICOLOGICA O CLINICA QUE AFECTE CONTR L SALUD DEL PCIENTE.   |               | HIMS REGISTROS, CARPETAS Y DEMAS DOCUMENTOS DEL SERVICIO.  |

Emilia N. Wolf E. AUXILIAR EN EL SISTEMA DE SERVICIO DE U.S. 18/03 - 19/03  
 Nombre y Firma del Contratista      Actividad (Auxiliar, Técnico, Profesional, Preesional Especializado, otro) VoBo de interventor (a)

# RECIBO DE PAGO - PAS

# SIMPLE



No. REFERENCIA: 8865289490 No. PLANILLA: 6528949 No. DE AFILIADOS: 1 PERIODO DE PAGO: SALUD 10 03 PENSION 10 03  
 NIT.CEDULA: 52469541 EMPRESA: INDEPENDIENTE MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO

## DETALLE DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

| IDENTIFICACION     | SALUD            |        | PENSION          |        | RIESGOS PROFESIONALES |        | OTRO        |
|--------------------|------------------|--------|------------------|--------|-----------------------|--------|-------------|
|                    | APORTE           | APORTE | APORTE           | APORTE | APORTE                | APORTE |             |
| CC 52469541 EPS008 | 64.400           | 230801 | 82.400           | 14-4   | 12.700                | --     | 0           |
| <b>TOTALES</b>     | <b>\$ 64.400</b> |        | <b>\$ 82.400</b> |        | <b>\$ 12.700</b>      |        | <b>\$ 0</b> |
|                    | \$ 0             |        |                  |        |                       |        |             |
|                    | \$ 0             |        |                  |        |                       |        |             |
|                    | \$ 159.500       |        |                  |        |                       |        |             |
|                    | \$ 0             |        |                  |        |                       |        |             |
|                    | \$ 0             |        |                  |        |                       |        |             |

**TOTAL A PAGAR \$ 159.500**

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO SIN EL TIMBRE DE LA CAJA REGISTRADORA

FECHA LIMITE DE PAGO: 05/03/2010  
 IMPORTANTE: UNA VEZ REALIZADO EL PAGO SE HARÁ EFECTIVO AL SIGUIENTE DÍA HÁBIL

**COLSUBSIDIO**  
ROMA

\*AGENTE RETENEDOR DE IVA\*  
NIT 860.007.336-1

VV  
 693927 RECAUDO PLANILLA S 159.500  
 TOTAL --> \$ 159.500  
 EFECTIVO 170.000  
 CAMBIO 10.500

DISCRIMINACION TARIFFAS IVA  
 TARIFA COMPRA BASE/IMP. IVA  
 =00% 159500 159500 0  
 TOTAL= 159500 159500 0

FACTURA DE VENTA: 0307 0000164857  
 RANGO: 00126730-01000000  
 Resol.: 310000032866 de Abr. 03/2008  
 Somos Autorretenedores.  
 Resolucion 00220 19 Enero/2.004

TOTAL ART. VENDIDOS = 0  
 ATENDIDO POR: AIDE SUAREZ  
 3/05/10 13:49 4500 07 0024 107  
 COLSUBSIDIO  
 CON TODO LO QUE TE MERECES



GJU-849-DI-FT-562

Página 1 de 1

CERTIFICACION DE PAGO DE INTERVENTOR (A) DE CONTRATISTAS

Versión: 02

Fecha: 2009/08/03



EL (LA) SUSCRITO (A) INTERVENTOR(A)

HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICA QUE:

NOMBRE DE CONTRATISTA MILENA PATRICIA WOLZ IDENTIFICADO (A) CON C.C. 52469541

No. ORDEN (Favor relacionar Orden principal y Adiciones en caso que aplique) 618

PERIODO A CERTIFICAR (Favor relacionar fecha Inicial y Final del periodo a rendir) :

Del 1 ABRIL 2010 Al 30 ABRIL 2010

CUMPLIO A SATISFACCION CON EL OBJETO CONTRACTUAL? SI  NO

\*\*\*NOVEDADES: \_\_\_\_\_

Cordialmente,

FIRMA DEL INTERVENTOR(A):

NOMBRE DEL INTERVENTOR(A) Juan Manuel Mendieta

CARGO O ACTIVIDAD : Jefe UBO y Hosp

NOTA: Esta certificación debe reposar en la carpeta del contrato en Jurídica

\*\*\*Novedades: Hace referencia a las situaciones que afectan el desarrollo de las actividades tales como: Incapacidades, licencias, incumplimiento de asistencia a actividades programadas, ejecución de actividades adicionales a las planeadas, y/u otras afines que se puedan presentar durante el desarrollo del objeto contractual

**INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES**

NUMERO DE CONTRATO Y/O ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS: 618

CONTRATISTA: 618. MIGUA PARIKUA WTEL

OBJETO CONTRACTUAL: Desarrollar actividades de salud publica enfocadas al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad de Bosa, realizando actividades de enfermeria en la atencion de individuo, familia y comunidad

INFORME DE ACTIVIDADES: 1 ABRIL 2010 A 30 ABRIL 2010

| Nº | ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO REPORTADO  | OBSERVACIONES | EVIDENCIAS Y/O SOPORTES (Corresponde a los documentos, actas, registros y/o informes soportes de las actividades realizadas) |
|----|---|---------------|--|
| 1  | REALIZAR ACTIVIDADES DE AUXILIAR DE ENFERMERIA ASIGNADAS DE ACUERDO A LOS PROGRAMAS Y PLANES DE ACCION DE LA INSTITUCION.                                       |               | HIMS CARPETAS DEL SERVICIO   |
| 2  | INFORMAR OPORTUNAMENTE AL EQUIPO MEDICO CUALQUIER ALTERACION YA SEA FISICA, PSICOLOGICA O CLINICA QUE AFECTE CONTR OL SALUD DEL PCIENTE.                        |               | HIMS CARPETAS DEL SERVICIO   |
| 3  | ADMINISTRAR MEDICAMENTOS DE ACUERDO CON LA PRESCRIPCION MEDICA LA ASIGNACION DE LA JEFE.  |               | HIMS CARPETAS DEL SERVICIO   |
| 4  | ENTREVISTAR AL PACIENTE DE ACUERDO A LA CONSULTA E IMPARTIENDO LA EDUCACION REQUERIDA.  |               | HIMS CARPETAS DEL SERVICIO   |
| 5  | MANTENER SUS RESPECTIVOS SERVICIO EN ORDEN Y Y ESTRICTA LIMPIEZA  |               | HIMS CARPETAS DEL SERVICIO   |
| 6  | ESTERILIZAR PREPARAR Y RESPONDER POR EL MATERIAL , EQUIPOS Y ELEMENTOS A CARGO  |               | HIMS CARPETAS DEL SERVICIO   |
| 7  | REALIZAR LAS RESPECTIVAS ACTIVIDADES DE AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA  |               | HIMS CARPETAS DEL SERVICIO   |
| 8  | REALIZAR LA RESPECTIVA LIMPIEZA Y REVISION DE LOS INSUMOS ENCONTRADOS DENTRO DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA PAR GARANTIZAR UNA CORRECTA UTILIZACION DE LOS MISMOS. |               | HIMS CARPETAS DEL SERVICIO   |
| 9  | SOLICITAR AL COORDINADOR Y /O LIDER DEL AREA LOS RECURSOS NECESARIOS Y HACER USO RACIONAL A SU CARGO.   |               | HIMS CARPETAS DEL SERVICIO   |
| 10 | DILIGENCIAR DE MANERA CLARA , COMPLETA Y OPORTUNA LOS INSTRUMENTOS QUE SEAN ENCOMENDADOS PARA LA EJECUCION DE SU ACTIVIDAD .                                    |               | HIMS CARPETAS DEL SERVICIO   |

Nombre y Firma del Contratista

interventor (a) Adelmy M. Lopez AUX CONTABLES Y GINECOLOGIA HOSTERIA LIBACION Actividad (Auxiliar, Técnico, Profesional, Profesional Especializado, otro) VoBo de

52469 541

BOGOTA 13-10-10 de 2010

Señores  
HOSPITAL PABLO VI BOSA E.S.E  
Ciudad

### CERTIFICACION

Yo MILENA PATRICIA Lopez identificada con Cedula de Ciudadanía 52469541, expedida en BOGOTA DC., me permito certificar bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte de pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social, correspondientes a los ingresos provenientes de la orden de prestación de servicios N° de 2009 materia de pago sujeto de retención, de acuerdo al siguiente detalle:

| N° OPS          | INGRESO MENSUAL | INGRESO BASE DE COTIZACION | APORTE A SALUD MES DE <u>Abril</u> | APORTE PENSION MES DE <u>Abril</u> | APORTE ARP MES <u>Abril</u> | N° DE PLANILLA MES DE <u>Abril</u> |
|-----------------|-----------------|----------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| 618.<br>de 2010 | \$ 1050.000     | \$ 515.000                 | \$ 64.400                          | \$ 82.400                          | \$ 12.700                   | 68700448                           |
|                 |                 |                            | INTERES                            | INTERES                            | INTERES                     |                                    |
|                 |                 |                            | TOTAL<br>64.400                    | TOTAL \$<br>82.400                 | TOTAL \$<br>12.700          |                                    |

Esta certificación se expide para dar cumplimiento al artículo 4 del decreto 2271 de julio 18 de 2009.

Atentamente,

*Milena P. Lopez C*  
C.C. N° 52469541 expedida en BOGOTA DC

# SIMPLE

SECTOR EMPRESAS Y EMPRESAS DE SERVICIOS

# RECIBO DE PAGO - 1

FORMAS E IMPRESOS S.A.

|                |            |                         |                              |                  |   |                 |       |    |    |         |    |
|----------------|------------|-------------------------|------------------------------|------------------|---|-----------------|-------|----|----|---------|----|
| No. REFERENCIA | 8868700485 | No. PLANILLA            | 6870048                      | No. DE AFILIADOS | 1 | PERIODO DE PAGO | SALUD | 10 | 04 | PENSIÓN | 10 |
| NIT/CEDEULA    | 52469541   | EMPRESA / INDEPENDIENTE | MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO |                  |   |                 |       |    |    |         |    |

### DETALLE DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

| IDENTIFICACION               | TIPO | NUMERO   | E.S.   | SALUD      |        | PENSION   |      | RIESGOS PROFESIONALES |     | CAJA   |      |
|------------------------------|------|----------|--------|------------|--------|-----------|------|-----------------------|-----|--------|------|
|                              |      |          |        | APORTE     | A.P.R. | APORTE    | APP  | APORTE                | CCF | APORTE |      |
| CC                           |      | 52469541 | EPS008 | 64.400     | 230801 | 82.400    | 14-4 | 12.700                |     |        | 0    |
| <b>TOTALES</b>               |      |          |        | \$ 64.400  |        | \$ 82.400 |      | \$ 12.700             |     |        | \$ 0 |
| <b>TOTAL ICBF</b>            |      |          |        | \$ 0       |        |           |      |                       |     |        |      |
| <b>TOTAL SEHA</b>            |      |          |        | \$ 0       |        |           |      |                       |     |        |      |
| <b>TOTAL A PAGAR APORTES</b> |      |          |        | \$ 159.500 |        |           |      |                       |     |        |      |
| <b>DIAS DE MORA</b>          |      |          |        | 0          |        |           |      |                       |     |        |      |
| <b>VALOR DE LA MORA</b>      |      |          |        | \$ 0       |        |           |      |                       |     |        |      |

**TOTAL VALOR A PAGAR** \$ 159.500

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO SIN EL TIMBRE DE LA CALIA REGISTRADORA

**FECHA LIMITE DE PAGO: 09/04/2010**  
**IMPORTANTE: ÚNA VEZ REALIZADO EL PAGO SE HARÁ EFECTIVO AL SIGUIENTE DÍA HÁBIL**

|   |   |                   |   |
|---|---|-------------------|---|
|  <p>HOSPITAL PABLO VI BOSA<br/>Empresa Social del Estado</p> | <b>GJU-849-DI-FT-562</b>  | Página 1 de 1     |  <p>Secretaria<br/><b>SALUD</b><br/>ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA</p> |
|   | <b>CERTIFICACION DE PAGO DE INTERVENTOR (A) DE CONTRATISTAS</b> | Versión: 02       |   |
|   |   | Fecha: 2009/08/03 |   |

EL (LA) SUSCRITO (A) INTERVENTOR(A)

HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICA QUE:

NOMBRE DE CONTRATISTA MILENA FABRICA WLCZ IDENTIFICADO (A) CON C.C. 52469541

No. ORDEN (Favor relacionar Orden principal y Adiciones en caso que aplique) 618

PERIODO A CERTIFICAR (Favor relacionar fecha Inicial y Final del periodo a rendir) :

Del 1 mayo 2010 Al 31 mayo 2010

CUMPLIO A SATISFACCION CON EL OBJETO CONTRACTUAL? SI  NO

\*\*\*NOVEDADES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cordialmente,

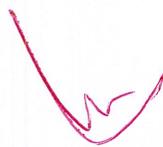
FIRMA DEL INTERVENTOR(A): 

NOMBRE DEL INTERVENTOR(A) JUAN MARCELO MENDEZ

CARGO O ACTIVIDAD : HOGL CAMI.

NOTA: Esta certificación debe reposar en la carpeta del contrato en Juridica

\*\*\*Novedades: Hace referencia a las situaciones que afectan el desarrollo de las actividades tales como: Incapacidades, licencias, incumplimiento de asistencia a actividades programadas, ejecución de actividades adicionales a las planeadas, y/u otras afines que se puedan presentar durante el desarrollo del objeto contractual



**INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES**

NUMERO DE CONTRATO Y/O ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS: 618,

CONTRATISTA MILGNA FABRICA UCCX

OBJETO CONTRACTUAL Desarrollar actividades de salud publica enfocadas al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad de Bosa, realizando actividades de enfermeria en la atencion de individuo, familia y comunidad

INFORME DE ACTIVIDADES: 01 DE MAYO DE 2010 A 31 DE MAYO DE 2010

| Nº | ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO REPORTADO   | OBSERVACIONES | EVIDENCIAS Y/O SOPORTES (Corresponde a los documentos, actas, registros y/o Informes soportes de las actividades realizadas) |
|----|--|---------------|--|
| 1  | REALIZAR ACTIVIDADES DE AUXILIAR DE ENFERMERIA ASIGNADAS DE ACUERDO A LOS PROGRAMAS Y PLANES DE ACCION DE LA INSTITUCION.  |               | HIMS CARPETAS DEL SERVICIO   |
| 2  | DAR CHARLAS DE RELAJACION A LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA EL BUEN TRABAJO DE PARTO Y CONTROL PRENATAL   |               | HIMS CARPETAS DEL SERVICIO   |
| 3  | MANTENER Y VELAR POR EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES BIOMEDICOS E INFORMAR SI SE PRESENTA ALGUNA INCONSISTENCIA.                          |               | HIMS CARPETAS DEL SERVICIO   |
| 4  | DILIGENCIA DE MANERA CLARA COMPLETA Y OPORTUNA LOS INSTRUMENTOS QUE ME SON ENCOMENDADOS PARA LA EJECUCION DE MIS ACTIVIDADES                                     |               | HIMS CARPETAS DEL SERVICIO   |
| 5  | MANTENER SUS RESPECTIVOS SERVICIO EN ORDEN Y ESTRICTA LIMPIEZA   |               | HIMS CARPETAS DEL SERVICIO   |
| 6  | ESTERILIZAR PREPARAR Y RESPONDER POR EL MATERIAL, EQUIPOS Y ELEMENTOS A CARGO  |               | HIMS CARPETAS DEL SERVICIO   |
| 7  | REALIZAR LAS RESPECTIVAS ACTIVIDADES DE AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA   |               | HIMS CARPETAS DEL SERVICIO   |
| 8  | REALIZAR LA RESPECTIVA LIMPIEZA Y REVISION DE LOS INSUMOS ENCONTRADOS DENTRO DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA GARANTIZAR UNA CORRECTA UTILIZACION DE LOS MISMOS. |               | HIMS CARPETAS DEL SERVICIO   |
| 9  | SOLICITAR AL COORDINADOR Y / O LIDER DEL AREA LOS RECURSOS NECESARIOS Y HACER USO RACIONAL A SU CARGO.   |               | HIMS CARPETAS DEL SERVICIO   |
| 10 | PAGAR OPORTUNAMENTE MIS APORTES DE SALUD, PENSION Y ARP DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO LEGALMENTE   |               | FOTOCOPIA DE PLANILLA Y RECIBO DE PAG  |

Nombre y Firma del Contratista Edmundo Lopez C Actividad (Auxiliar, Técnico, Profesional, Profesional Especializado, otro) VoBo de  
 interventor (a) 52169 541 AUX GINECOLOGIA con UCC

Bogotá, 13 - mayo 2010.

Señores  
HOSPITAL PABLO VI BOSA E.S.E.  
Ciudad

### CERTIFICACIÓN

Yo MILENA PATRICIA ULLA C. identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 52469541 expedida en BOGOTÁ, me permito certificar bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social, corresponden a los ingresos provenientes de la Orden de Prestación de Servicios No. de 618 -materia de pago sujeto de retención, de acuerdo al siguiente detalle:

| No. OPS | INGRESO MENSUAL | INGRESO BASE DE COTIZACION | APORTE SALUD<br>Mes: mayo | APORTE PENSION<br>Mes: mayo | No. DE PLANILLA<br>Mes: mayo |
|---------|-----------------|----------------------------|---------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 618     | 1'050.000       | 517.000                    | \$ 64.400                 | \$ 82.400                   | No. 7150741.                 |
|         |                 |                            | Interés \$ 0              | Interés \$ 0                |                              |
|         |                 |                            | Total \$ 64.400           | Total \$ 82.400             |                              |

Esta certificación se expide para dar cumplimiento al artículo 4 del Decreto 2271 de Julio 18 de 2009.

Atentamente,

*Milena P. Ulla C.*  
52469541 . BOGOTÁ

# SIMPLE

## RECIBO DE PAGO - PAS

No. REFERENCIA 8871507416 No. PLANILLA 7150741 No. DE AFILIADOS 1 PERIODO DE PAGO SALUD 10 05 PENSIÓN 10 05  
 NIT/CEDULA 52469541 EMPRESA: INDEPENDIENTE MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO

### DETALLE DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

| IDENTIFICACION | SALUD  | PENSION | RIESGOS PROFESIONALES | CAJA |
|----------------|--------|---------|-----------------------|------|
| CC 52469541    | 64.400 | 82.400  | 12.700                | 0    |

|                       |            |           |           |      |
|-----------------------|------------|-----------|-----------|------|
| TOTALES               | \$ 64.400  | \$ 82.400 | \$ 12.700 | \$ 0 |
| IMPORTE               | \$ 0       |           |           |      |
| TOTAL A PAGAR APORTES | \$ 159.500 |           |           |      |
| IMPORTE IVA           | 0          |           |           |      |
| TOTAL A PAGAR         | \$ 0       |           |           |      |

**TOTAL VALOR A PAGAR \$ 159.500**

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO SIN EL TIMBRE DE LA CAJA REGISTRADORA

FECHA LIMITE DE PAGO: **07/05/2010**

IMPORTANTE: UNA VEZ REALIZADO EL PAGO SE HARÁ EFECTIVO AL SIGUIENTE DÍA HÁBIL

**CAFAM SOACHA**  
 NIT: 860.013.570-3

70707090  
 MR CUOTAS SIMPLE NP159.500  
 INGRESE CODIGO BARRAS = 88  
 IDENT CLIENTE = 8871507416  
 VALOR CUOTA = 0159500  
 FECHA EXPEDICION = 100507  
 \*\*\*\* SUBTOTAL >>>> \$ 159.500

EFFECTIVO 160.000  
 CAMBIO 500  
 TIQUETE NRO.: DF01 0000095062  
 RANGO: 00000001-9999999  
 Reso. DIAN: 31000035074 de Ago 26/2008  
 SOMOS AUTORETENEADORES  
 RESOLUCION 07254 AGOSTO 2005  
 SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES  
 RESOLUCION 7029 NOVIEMBRE 1996

SU CRUERO : CAROLINA GUERRA  
 DISCRIMINACION TARIFFAS IVA  
 TARIFA COMPRA BASE/IMP. IVA  
 = 0% 159,500 159,500 0  
 TOTAL = 159,500 159,500 0

NUMERO TOTAL DE ARTIC VEND = 0  
 6/05/10 12:19 2115 01 0161 211576320  
 PARA CAFAM ES UN ORGULLO CONTAR  
 CON CLIENTES COMO USTED ... GRACIAS

DOMICILIOS CAFAM TEL: 3077011  
 ATENDEMOS SUGERENCIAS EN ADMINISTRACION



**HOSPITAL PABLO VI BOSA**  
 Empresa Social del Estado

Responsabilidad Social con la Localidad de Bosa



**ADICION Y PRORROGA A LA ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS NO. 618**

**NUMERO:** 0\_ DE 2010  
**OBJETO:** Adicionar en valor y prorrogar término de ejecución de la orden de prestación de servicios No. 618  
**CONTRATANTE:** HOSPITAL PABLO VI BOSA E.S.E.  
**CONTRATISTA:** MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO  
**IDENTIFICACIÓN:** 52469541  
**PLAZO:** Hasta el 6/30/2010 o hasta agotar la reserva presupuestal  
**VALOR ADICION:** \$ 1050000

Entre los suscritos a saber: **GLORIA LIBIA POLANÍA AGUILLÓN**, identificada con la C.C. No. 51.921.553 de Bogotá, actuando en nombre y representación de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL PABLO VI BOSA** con NIT. 800.219.600- 3, en calidad de Gerente, nombrada mediante Decreto 176 de 13 de junio de 2008 y como tal facultada para celebrar la presente acta por el Acuerdo 017 del 10 de Diciembre de 1997 y el Estatuto de Contratación de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL PABLO VI BOSA**, quien para efectos de la presente se denominará **EL HOSPITAL** por una parte, y por la otra, **MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO**, también mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía número No.52469541, actuando en su nombre y representación, en su calidad de contratista, según reza la orden principal, hemos acordado celebrar la presente adición y prorroga, previas las siguientes:

**CONSIDERACIONES**

**PRIMERA:** Que el **HOSPITAL** y el **CONTRATISTA** suscribieron la orden de prestación de servicios No. 618 cuyo objeto es: "Desarrollar actividades de Salud Pública, enfocadas al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad de Bosa a través de acciones de planeación, ejecución, verificación y mejoramiento continuo, que garanticen el cumplimiento de metas y objetivos Instu". **SEGUNDA:** Que existe la necesidad de prorrogar en plazo y adicionar en valor la orden de prestación para dar cumplimiento a los planes institucionales y objeto contractual. **TERCERA:** Que el contratista ha venido prestando sus servicios a entera satisfacción, cumpliendo con los objetivos propuestos y objeto contractual. **CUARTA:** Que el Régimen de contratación de la empresa permite la celebración de la presente prórroga y adición, siempre y cuando exista certificación de la buena prestación del servicio por parte del contratista. **QUINTA:** Que las partes de común acuerdo han convenido celebrar la presente prórroga y adición, conforme a las siguientes:

**CLAUSULAS**

**PRIMERA: PRORROGAR EN PLAZO** la orden principal No. 618, hasta el 6/30/2010 o hasta agotar la reserva presupuestal.

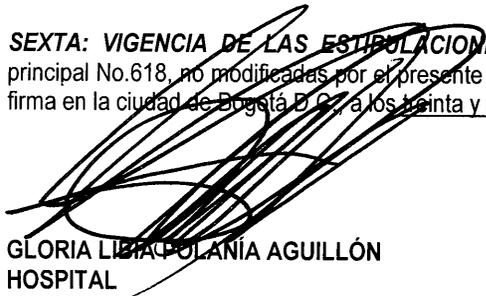
**SEGUNDA: ADICIONAR** en valor la cláusula tercera de la orden de prestación de servicios No. 618, en la suma de UN MILLÓN CINCUENTA MIL PESOS M/CTE (\$1050000), que serán cancelados al contratista en las mismas condiciones que la orden principal.

**TERCERA: IMPUTACION PRESUPUESTAL:** El gasto que ocasione la presente adición se hará con cargo al C.D.P. No. 914 del 27 de mayo de 2010, Rubro 3210305 – CONTRATACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES – VIGENCIA 2010.

**CUARTA: GARANTÍA.-** EL **CONTRATISTA** se obliga a ampliar las garantías respectivas, de acuerdo a la prórroga y valor pactados en las cláusulas primera y segunda de este contrato, respecto de los riesgos amparados en la orden principal, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la suscripción de la presente.

**QUINTA: PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION.** La presente prórroga y adición se perfecciona con la suscripción del mismo y para su ejecución se requiere el registro presupuestal definitivo.

**SEXTA: VIGENCIA DE LAS ESTIPULACIONES.** Todas las cláusulas y estipulaciones contractuales de la orden principal No.618, no modificadas por el presente acuerdo permanecen vigentes y se hacen exigibles. Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., a los treinta y un (31) días del mes de mayo de 2010.

  
 GLORIA LIBIA POLANÍA AGUILLÓN  
 HOSPITAL

  
 MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO  
 CONTRATISTA

Proyectó Oficina Talento Humano – O.P.S./ajcd  
 VoBo. aaaa



**POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL**

**ENTIDAD ESTATAL**

NIT. 860.000.578-6

|   |     |      |                                    |     |      |                            |                       |                                     |      |                    |                           |
|---|-----|------|------------------------------------|-----|------|----------------------------|-----------------------|-------------------------------------|------|--------------------|---------------------------|
| <b>Ciudad de Expedición</b><br>BOGOTA, D.C. |     |      | <b>Sucursal</b><br>ANTIGUO COUNTRY |     |      | <b>Cod. Sucursal</b><br>21 |                       | <b>No.Póliza</b><br>21-44-101041149 |      | <b>Anexo</b><br>10 |                           |
| <b>Fecha Expedición</b>                     |     |      | <b>Vigencia Desde</b>              |     |      | <b>A las</b>               | <b>Vigencia Hasta</b> |                                     |      | <b>A las</b>       | <b>Tipo de Movimiento</b> |
| Día   | Mes | Año  | Día                                | Mes | Año  | Horas                      | Día                   | Mes                                 | Año  | Horas              |                           |
| 16  | 06  | 2010 | 22                                 | 07  | 2009 | 00:00                      | 30                    | 06                                  | 2011 | 00:00              | ANEXO DE PRORROGA         |

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

|  |  |  |  |  |  |  |                                    |                     |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|------------------------------------|---------------------|--|--|--|
| <b>Nombre o Razon Social</b> LOPEZ CASTRO, MILENA PATRICIA |  |  |  |  |  |  | <b>Identificación</b> : 52.469.541 |                     |  |  |  |
| <b>Dirección</b> : HOSP. PABLI VI BOSA                     |  |  |  |  | <b>Ciudad</b> : BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL |  |                                    | <b>Teléfono</b> : . |  |  |  |

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

|  |  |  |  |  |  |  |                                       |                           |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------------------|---------------------------|--|--|--|
| <b>Asegurado / Beneficiario</b> : EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO-HOSPITAL PABLO VI BOSA |  |  |  |  |  |  | <b>Identificación</b> : 800.219.600-3 |                           |  |  |  |
| <b>Dirección</b> : CRA 78 A BIS NO. 69 B 76 SUR                                    |  |  |  |  | <b>Ciudad</b> : BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL |  |                                       | <b>Teléfono</b> : 7799800 |  |  |  |

**OBJETO DEL SEGURO**

Con sujeción a las condiciones generales de la póliza que se anexan, que forman parte integrante de la misma y que el asegurado y el tomador declaran haber recibido, Seguros del Estado S.A., garantiza:  
 . GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LA ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS No.618 CELEBRADO CON EL HOSPITAL PABLO VI DE BOSA E.S.E.

**AMPAROS**

|                                  |                |                |                  |                    |
|----------------------------------|----------------|----------------|------------------|--------------------|
| RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS. |                |                |                  |                    |
| AMPAROS                          | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG/ACTUAL | SUMA ASEG/ANTERIOR |
| CUMPLIMIENTO                     | 22/07/2009     | 30/06/2011     | \$ 1,264,800.00  | \$ 1,159,800.00    |

**OBSERVACIONES**

SEGUN ADICION Y PRORROGA A LA ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS No 618 PRORROGA LA VIGENCIA Y SE AUMENTA EL VALOR ASEGURADO DE LA PRESENTE POLIZA. LOS DEMAS TERMINOS SIN MODIFICAR CONTINUAN VIGENTES.

|                         |                          |                  |                      |                              |                             |
|-------------------------|--------------------------|------------------|----------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <b>Valor Prima Neta</b> | <b>Gastos Expedición</b> | <b>IVA</b>       | <b>Total a Pagar</b> | <b>Valor Asegurado Total</b> | <b>Fecha Limite de Pago</b> |
| \$ *****8,000.00        | \$ *****7,000.00         | \$ *****2,400.00 | \$ *****17,400.00    | \$ *****1,264,800.00         | / /                         |

|                            |       |            |                               |         |                 |
|----------------------------|-------|------------|-------------------------------|---------|-----------------|
| <b>INTERMEDIARIO</b>       |       |            | <b>DISTRIBUCION COASEGURO</b> |         |                 |
| Nombre                     | Clave | % de Part. | Nombre Compañía               | % Part. | Valor Asegurado |
| LITZENDRAHT MORA CIFUENTES | 71517 | 100.00     |                               |         |                 |

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO

Para efectos de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es Calle 83 No 19-10 - Telefono: 6-917963

FIRMA AUTORIZADA: Ramiro García Berrio - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogota D.C. Telefono: 2186977

PAULACARDONA



HOSPITAL PABLO VI BOSA  
Empresa Social del Estado

GJU-849-DI-FT-122

Página : 1

APROBACIÓN GARANTIA

Versión: 03

Fecha: 2009-03-03



SECRETARÍA  
SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

**ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 618 de 2009**

**CONTRATISTA:**

**MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO**

**OBJETO:**

Desarrollar actividades de Salud Pública, enfocadas al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad Bosa a través de acciones de planeación, ejecución, verificación y mejoramiento continuo, que garanticen el cumplimiento de metas y objetivos institucionales; así como también apoyando la ejecución de todos los programas de promoción y prevención del Hospital y realizar labores a nivel auxiliar de enfermería en la atención de individuos, familias, y comunidad y/o auxiliar de laboratorio clínico a fin de brindar apoyo logístico con calidad humana y oportunidades en el área de enfermería.

**VALOR:**

**\$ 1.050.000,00**

**POLIZA:**

**21-44-101041149 ANEXO 10**

**COMPAÑÍA ASEGURADORA**

**SEGUROS DEL ESTADO**

**AMPAROS:**

| AMPARO   | VIGENCIA INICIAL | VIGENCIA FINAL | VALOR ASEGURADO |
|--|------------------|----------------|-----------------|
| CUMPLIMIENTO                                       | 22/07/2009       | 30/06/2011     | \$ 105.000,00   |
| SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES | NA               | NA             | NA              |
| CALIDAD  | NA               | NA             | NA              |
| RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL            | NA               | NA             | NA              |
| BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO      | NA               | NA             | NA              |

**Se aprueban la garantía por encontrarse ajustada a la ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO. 618 DE 2009.**

Dada en el Hospital Pablo VI Bosa, a los dieciséis (16) días del mes de junio de 2010

  
Firma Jefe Oficina Jurídica



GJU-849-DI-FT-562

Pagina 1 de 1

CERTIFICACION DE PAGO DE INTERVENTOR (A) DE CONTRATISTAS

Versión: 02

Fecha: 2009/08/03



EL (LA) SUSCRITO (A) INTERVENTOR(A)

HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICA QUE:

NOMBRE DE CONTRATISTA MILENA PATRICIA LOPEZ IDENTIFICADO (A) CON C.C. 52469541

o. ORDEN (Favor relacionar Orden principal y Adiciones en caso que aplique) 618

PERIODO A CERTIFICAR (Favor relacionar fecha Inicial y Final del periodo a rendir) :

Del 1 JUNIO 2010 Al 30 JUNIO 2010

CUMPLIO A SATISFACCION CON EL OBJETO CONTRACTUAL? SI  NO

\*\*\*NOVEDADES: Ninguna

Cordialmente,

FIRMA DEL INTERVENTOR(A): [Signature]

NOMBRE DEL INTERVENTOR(A) JUAN MANUEL MENDOZA

CARGO O ACTIVIDAD : COORDINADOR DE FRECUENCIAS HOSPITALIZACION

NOTA: Esta certificación debe reposar en la carpeta del contrato en Juridica

\*\*\*Novedades: Hace referencia a las situaciones que afectan el desarrollo de las actividades tales como: Incapacidades, licencias, incumplimiento de asistencia a actividades programadas, ejecución de actividades adicionales a las planeadas, y/u otras afines que se puedan presentar durante el desarrollo del objeto contractual

[Handwritten signature]

Bogotá,  
15 JUNIO 2010.

Señores  
HOSPITAL PABLO VI BOSA E.S.E.  
Ciudad

### CERTIFICACIÓN

Yo MILENA FABRICA LOPEZ CASTAÑO identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 52469541, expedida en BOGOTÁ, me permito certificar bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social, corresponden a los ingresos provenientes de la Orden de Prestación de Servicios No. 618 de materia de pago sujeto de retención, de acuerdo al siguiente detalle:

| No. OPS    | INGRESO MENSUAL | INGRESO BASE DE COTIZACION | APORTE SALUD<br>Mes:<br><u>JUNIO</u> | APORTE PENSION<br>Mes:<br><u>JUNIO</u> | No. DE PLANILLA<br>Mes:<br><u>JUNIO</u> |
|------------|-----------------|----------------------------|--------------------------------------|--|---|
| <u>618</u> | <u>1050.000</u> | <u>515.000</u>             | <u>\$ 64 400</u>                     | <u>\$ 82 400</u>                       | <u>No. 7429003.</u>                     |
|            |                 |                            | Interés<br><u>\$ 0</u>               | Interés<br><u>\$ 0</u>                 |   |
|            |                 |                            | Total<br><u>\$ 64 400</u>            | Total<br><u>\$ 82 400</u>              |   |

ARF \$ 12700

Esta certificación se expide para dar cumplimiento al artículo 4 del Decreto 2271 de Julio 18 de 2009.

Atentamente,

Olivera P Lopez C.  
52469541 BOGOTÁ.  
AUXILIAR DE ENFERMERIA.

**INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES**

NUMERO DE CONTRATO Y/O ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS: 618

CONTRATISTA: MILGNA BARBICA LOPEZ CASAS

OBJETO CONTRACTUAL: Desarrollar actividades de salud publica enfocadas al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad de Bosa, realizando actividades de enfermeria en la atencion de individuo, familia y comunidad

INFORME DE ACTIVIDADES: 1 JUNIO A 30 DE JUNIO 2020

| Nº | ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO REPORTADO   | OBSERVACIONES | EVIDENCIAS Y/O SOPORTES (Corresponde a los documentos, actas, registros y/o informes soportes de las actividades realizadas) |
|----|--|---------------|--|
| 1  | REALIZAR ACTIVIDADES DE AUXILIAR DE ENFERMERIA ASIGNADAS DE ACUERDO A LOS PROGRAMAS Y PLANES DE ACCION DE LA INSTITUCION.  |               | HIMS CARPETAS DEL SERVICIO   |
| 2  | DAR CHARLAS DE RELAJACION A LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA EL BUEN TRABAJO DE PARTO Y CONTROL PRENATAL.  |               | HIMS CARPETAS DEL SERVICIO   |
| 3  | MANTENER Y VELAR POR EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES BIOMEDICOS E INFORMAR SI SE PRESENTA ALGUNA INCONSISTENCIA.                          |               | HIMS CARPETAS DEL SERVICIO   |
| 4  | DILIGENCIA DE MANERA CLARA COMPLETA Y OPORTUNA LOS INSTRUMENTOS QUE ME SON ENCOMENDADOS PARA LA EJECUCION DE MIS ACTIVIDADES                                     |               | HIMS CARPETAS DEL SERVICIO   |
| 5  | MANTENER SUS RESPECTIVOS SERVICIO EN ORDEN Y ESTRICTA LIMPIEZA   |               | HIMS CARPETAS DEL SERVICIO   |
| 6  | ESTERILIZAR PREPARAR Y RESPONDER POR EL MATERIAL , EQUIPOS Y ELEMENTOS A CARGO   |               | HIMS CARPETAS DEL SERVICIO   |
| 7  | REALIZAR LAS RESPECTIVAS ACTIVIDADES DE AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA   |               | HIMS CARPETAS DEL SERVICIO   |
| 8  | REALIZAR LA RESPECTIVA LIMPIEZA Y REVISION DE LOS INSUMOS ENCONTRADOS DENTRO DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA GARANTIZAR UNA CORRECTA UTILIZACION DE LOS MISMOS. |               | HIMS CARPETAS DEL SERVICIO   |
| 9  | SOLICITAR AL COORDINADOR Y /O LIDER DEL AREA LOS RECURSOS NECESARIOS Y HACER USO RACIONAL A SU CARGO.  |               | HIMS CARPETAS DEL SERVICIO   |
| 10 | PAGAR OPORTUNAMENTE MIS APORTES DE SALUD, PENSION Y ARP DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO LEGALMENTE   |               | FOTOCOPIA DE PLANILLA Y RECIBO DE PAG  |

Nombre y Firma del Contratista

Actividad (Auxiliar, Técnico, Profesional, Prfesional Especializado, otro) **VoBo de**

*Milgna M. Lopez C. 52469541*  
**AUXILIAR DE ENFERMERIA URGENCIAS Y HOSPITALIZACION.**

# RECIBO DE PAGO - PAS

**SIMPLE**

PERIODO DE PAGO SALUD 10 06 PENSION 10 06

No. REFERENCIA: 8874270034 No. PLANILLA: 7427003 No. DE AFILIADOS: 1 PERIODO DE PAGO SALUD 10 06 PENSION 10 06  
 NIT/CECULA: 52469541 EMPRESA: INDEPENDIENTE MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO

## DETALLE DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

| IDENTIFICACION     | VALOR PENSION | VALOR SALUD | RISGOS PROFESIONALES | VALOR RENTA |
|--------------------|---------------|-------------|----------------------|-------------|
| CC 52469541 EPS008 | 64.400        | 230801      | 82.400               | 14-4        |
|                    |               |             | 12.700               |             |
| <b>TOTALES</b>     | \$ 64.400     | \$ 64.400   | \$ 82.400            |             |

**TOTAL VALOR A PAGAR \$ 159.500**

FECHA LIMITE DE PAGO: 08/06/2010  
 IMPORTANTE: UNA VEZ REALIZADO EL PAGO SE HARÁ EFECTIVO AL SIGUIENTE DÍA HÁBIL

FLU: 70707090  
 INGRESO CODIGO BARRAS =  
 IDENTIFICACION CLIENTE = 8874270034  
 VALOR CUOTA = 0159500  
 FECHA EXPEDICION = 100608  
 CUOTAS SIMPLE  
 02 06 10 12 17 2115 02 0104 58943

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO SIN EL TIMBRE DE LA SUPERINTENDENCIA DE REGISTRO Y TITULACION

70707090 MR  
 CUOTAS SIMPLE NP159.500  
 INGRESO CODIGO BARRAS = 88  
 IDENTIFICACION CLIENTE = 8874270034  
 VALOR CUOTA = 0159500  
 FECHA EXPEDICION = 100608  
 \*\*\*\* SUBTOTAL >>>> \$ 159.500  
 EFECTIVO 170.000  
 CAMBIO 10.500  
 TIKETE NRO: DFO2 0000115469  
 RANGO: 00000001-99999999  
 Reso. DIAN: 310000035074 de Aso. 26/2008  
 SOMOS AUTORETENEEDORES  
 RESOLUCION 07254 AGOSTO 2005  
 SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES  
 RESOLUCION 7029 NOVIEMBRE 1996  
 SU CAJERO : LUZ STELLA BOLANOS  
 DISCRIMINACION TARIFFAS IVA  
 TARIFFA COMPRA BASE/IMP IVA  
 =00% 159,500  
 TOTAL = 159,500

NUMERO TOTAL DE ARTIC VEND = 0  
 8/06/10 12:17 2115 02 0104 58943  
 PARA CAFAM ES UN ORGULLO CONTAR  
 CON CLIENTES COMO USTED . GRACIAS  
 DOMICILIOS CAFAM TEL: 3077011  
 ATENDEMOS SUGERENCIAS EN ADMINISTRACION

CAFAM SOACHA  
 NIT: 860.013.570-3

HOSPITAL PABLO VI BOSA E.S.E.  
OFICINA JURIDICA

LIQUIDACIÓN  
ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 618/2009

CONTRATISTA: MILENA POTRICIA LOPEZ CASTRO  
C.C. 52,469,541

FECHA DE SUSCRIPCIÓN: 16 de Julio de 2009  
FECHA DE INICIO: 22 de Julio de 2009  
VIGENCIA: 1 mes y 9 día  
FECHA DE TERMINACIÓN: 31 de Agosto de 2009  
VALOR DE LA OPS: \$ 1,300,000

**Valor total de la OPS \$ 11,500,001**

**Adición No. 1**

FECHA DE SUSCRIPCIÓN: 28 de Agosto de 2009  
FECHA DE INICIO: 1 de Septiembre de 2009  
VIGENCIA: 1 mes  
FECHA DE TERMINACIÓN: 30 de Septiembre de 2009  
VALOR DE LA OPS: \$ 1,000,000

**Adición No. 2**

FECHA DE SUSCRIPCIÓN: 30 de Septiembre de 2009  
FECHA DE INICIO: 1 de Octubre de 2009  
VIGENCIA: 15 días  
FECHA DE TERMINACIÓN: 15 de Octubre de 2009  
VALOR DE LA OPS: \$ 466,667

**Adición No. 3**

FECHA DE SUSCRIPCIÓN: 14 de Octubre de 2009  
FECHA DE INICIO: 15 de Octubre de 2009  
VIGENCIA: 14 días  
FECHA DE TERMINACIÓN: 28 de Octubre de 2009  
VALOR DE LA OPS: \$ 466,667

**Adición No. 4**

FECHA DE SUSCRIPCIÓN: 28 de Octubre de 2009  
FECHA DE INICIO: 29 de Octubre de 2009  
VIGENCIA: 2 meses y 2 días  
FECHA DE TERMINACIÓN: 31 de Diciembre de 2009  
VALOR DE LA OPS: \$ 2,066,667

**Prorroga No. 1**

FECHA DE SUSCRIPCIÓN: 4 de Enero de 2010  
FECHA DE INICIO: 5 de Enero de 2010  
VIGENCIA: 7 días  
FECHA DE TERMINACIÓN: 8 de Enero de 2010  
VALOR DE LA OPS: \$ 0

**Adición No. 5**

FECHA DE SUSCRIPCIÓN: 7 de Enero de 2010  
FECHA DE INICIO: 7 de Enero de 2010  
VIGENCIA: 1 mes y 23 días  
FECHA DE TERMINACIÓN: 28 de Febrero de 2010  
VALOR DE LA OPS: \$ 2,000,000

**Adición No. 6**

FECHA DE SUSCRIPCIÓN: 26 de Febrero de 2010  
FECHA DE INICIO: 1 de Marzo de 2010  
VIGENCIA: 3 meses

HOSPITAL PABLO VI BOSA E.S.E.  
OFICINA JURIDICA

170

LIQUIDACIÓN  
ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 618/2009

CONTRATISTA:  
C.C.

MILENA POTRICIA LOPEZ CASTRO  
52,469,541

**Ejecutado**

| <b>Periodo</b>                      | <b>Honorarios Cancelados</b> |
|-------------------------------------|------------------------------|
| 22 de Julio al 31 de Agosto de 2009 | \$ 1,300,000                 |
| 01 al 30 de Septiembre de 2009      | \$ 1,000,000                 |
| 01 al 31 de Octubre de 2009         | \$ 1,000,000                 |
| 01 al 30 de Noviembre de 2009       | \$ 1,000,000                 |
| 01 al 31 de Diciembre de 2009       | \$ 1,000,000                 |
| 01 al 31 de Enero de 2010           | \$ 1,000,000                 |
| 01 al 28 de Febrero de 2010         | \$ 1,000,000                 |
| 01 al 31 de Marzo de 2010           | \$ 1,050,000                 |
| 01 al 30 de Abril de 2010           | \$ 1,050,000                 |
| 01 al 31 de Mayo de 2010            | \$ 1,050,000                 |
| 01 al 30 de Junio de 2010           | \$ 1,050,000                 |
| <b>Total Valor Ejecutado</b>        | <b>\$ 11,500,000</b>         |

**Pendiente de pago**

| <b>Periodo</b>         | <b>Honorarios por Pagar</b> |
|------------------------|-----------------------------|
|                        | \$ 0                        |
| <b>Saldo a liberar</b> | <b>\$ 1</b>                 |

Elaborado por: Magda S. Chitiva  
02 de Julio de 2010

**ACTA DE LIQUIDACIÓN DE LA ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO. 618 CELEBRADO ENTRE EL HOSPITAL Y MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO**

En Bogotá D.C., a los diecinueve (19) días del mes de agosto de dos mil once (2011) se reunieron en las instalaciones del HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, por una parte, la Dra. **GLORIA LIBIA POLANÍA AGUILLÓN**, domiciliada y residente en esta ciudad, identificada con la cédula de ciudadanía número 51.921.553 de Bogotá actuando en nombre y representación de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL PABLO VI BOSA** con NIT. 800219600- 3, en calidad de Gerente, nombrada mediante Decreto No. 176 del 13 de junio de 2008 y acta de posesión del 17 de junio de 2008 y como tal, facultada para celebrar la presente acta por el Acuerdo 017 del 10 de Diciembre de 1997 y el Estatuto de Contratación de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL PABLO VI BOSA, quien para efectos de la presente se denominará el HOSPITAL, y por la otra, **MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO**, también mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.469.541 de Bogotá, actuando en su nombre y representación, según reza el contrato, con el fin de proceder a suscribir el acta de liquidación de mutuo acuerdo de la orden de prestación de servicios No. 618 de 16 de julio de 2009, de la siguiente manera:

**PRIMERA.- DATOS DEL CONTRATO**

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <b>OBJETO</b>                 | Desarrollar actividades de Salud Pública, enfocadas al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad Bosa a través de acciones de planeación, ejecución, verificación y mejoramiento continuo, que garanticen el cumplimiento de metas y objetivos institucionales; así como también apoyando la ejecución de todos los programas de promoción y prevención del Hospital y realizar labores a nivel auxiliar de enfermería en la atención de individuos, familias, y comunidad y/o auxiliar de laboratorio clínico a fin de brindar apoyo logístico con calidad humana y oportunidades en el área de enfermería. |
| VALOR CONTRATADO:             | Un millón trescientos mil pesos m/cte (\$1.300.000)   |
| DURACION                      | Hasta el 31 de agosto de 2009 o hasta agotar la reserva presupuestal  |
| CDP No.                       | 646 del 14 de julio de 2009   |
| R.P. No.                      | 631 del 24 de julio de 2009   |
| FECHA DE INICIACIÓN           | 22 de julio de 2009   |
| FECHA DE TERMINACIÓN ESTIMADA | 31 de agosto de 2009 o hasta agotar la reserva presupuestal   |

**CONTRATOS ADICIONALES**

|                   |  |
|-------------------|--|
| NOS.              | 001 de 2009  |
| VALOR ADICIONADO: | Un millón de pesos m/cte (\$1.000.000)                                   |
| CDP No.           | 758 del 28 de agosto de 2009   |
| R.P. No.          | 727 del 31 de agosto de 2009   |
| PLAZO PRORROGADO: | Hasta el 30 de septiembre de 2009 o hasta agotar la reserva presupuestal |

|                   |  |
|-------------------|--|
| NOS.              | 002 de 2009  |
| VALOR ADICIONADO: | Cuatrocientos sesenta y seis mil seiscientos sesenta y siete pesos m/cte (\$466.667) |

|                   |  |
|-------------------|--|
| NOS.              | 003 de 2009  |
| VALOR ADICIONADO: | Cuatrocientos sesenta y seis mil seiscientos sesenta y siete pesos m/cte (\$466.667) |
| CDP No.           | 873 del 14 de octubre de 2009  |
| R.P. No.          | 847 del 15 de octubre de 2009  |
| PLAZO PRORROGADO: | Hasta el 28 de octubre de 2009 o hasta agotar la reserva presupuestal                |

|                   |   |
|-------------------|---|
| NOS.              | 004 de 2009   |
| VALOR ADICIONADO: | Dos millones sesenta y seis mil seiscientos sesenta y siete pesos m/cte (\$2.066.667) |
| CDP No.           | 919 del 27 de octubre de 2009   |
| R.P. No.          | 887 del 27 de octubre de 2009   |
| PLAZO PRORROGADO: | Hasta el 31 de diciembre de 2009 o hasta agotar la reserva presupuestal               |

|                   |   |
|-------------------|---|
| NOS.              | 001 de 2009 - PRORROGA  |
| PLAZO PRORROGADO: | Hasta el 08 de enero de 2010 o hasta agotar la reserva presupuestal |

|                   |   |
|-------------------|---|
| NOS.              | 005 de 2010   |
| VALOR ADICIONADO: | Dos millones de pesos m/cte (\$2.000.000)                             |
| CDP No.           | 25 del 07 de enero de 2010  |
| R.P. No.          | 22 del 08 de enero de 2010  |
| PLAZO PRORROGADO: | Hasta el 28 de febrero de 2010 o hasta agotar la reserva presupuestal |

|                   |  |
|-------------------|--|
| NOS.              | 006 de 2010  |
| VALOR ADICIONADO: | Tres millones ciento cincuenta mil pesos m/cte (\$3.150.000)       |
| CDP No.           | 451 del 26 de febrero de 2010                                      |
| R.P. No.          | 417 del 26 de febrero de 2010                                      |
| PLAZO PRORROGADO: | Hasta el 31 de mayo de 2010 o hasta agotar la reserva presupuestal |

|                   |   |
|-------------------|---|
| NOS.              | 007 de 2010   |
| VALOR ADICIONADO: | Un millón cincuenta mil pesos m/cte (\$1.050.000)                   |
| CDP No.           | 914 del 27 de mayo de 2010  |
| R.P. No.          | 893 del 31 de mayo de 2010  |
| PLAZO PRORROGADO: | Hasta el 30 de junio de 2010 o hasta agotar la reserva presupuestal |

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <b>VALOR FINAL DEL CONTRATO:</b>   | <b>Once millones quinientos mil un pesos m/cte (\$11.500.001)</b> |
| <b>FECHA FINAL DE TERMINACIÓN:</b> | <b>Hasta el 30 de junio de 2010</b>                               |

Igualmente, la Oficina Talento Humano - O.P.S. certifica el cumplimiento de los requisitos contemplados en el artículo 50 de la ley 789 de 2002.

**POR EL HOSPITAL:**

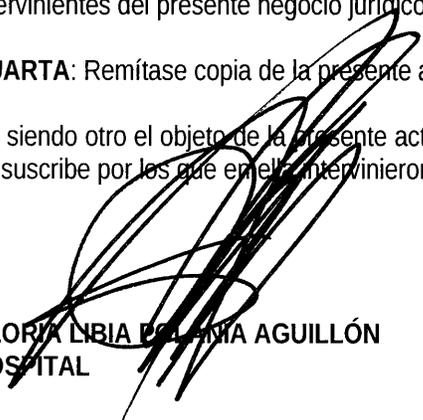
De acuerdo a la certificación por tesorería, el siguiente es el estado de ejecución financiera del contrato.

| Valor contratado | Valor ejecutado | Valor cancelado | Valor no ejecutado para reversar (1-2\$) | Valor pendiente de pago |
|------------------|-----------------|-----------------|--|-------------------------|
| \$11.500.001     | \$11.500.000    | \$11.500.000    | \$ 1                                     | \$ 0                    |

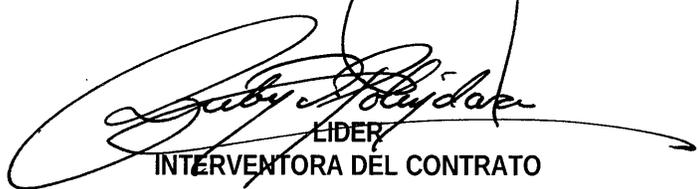
**TERCERA:** Visto lo anterior, y una vez suscrita la presente acta de liquidación, las partes se declaran a paz y salvo por todo concepto, en cuanto a las obligaciones derivadas de la orden de prestación de servicios No. 618 del 16 de julio de 2009 y en consecuencia no habrá lugar a requerimiento judicial alguno, por las partes intervinientes del presente negocio jurídico que se liquida.

**CUARTA:** Remítase copia de la presente acta a la oficina financiera para lo de su cargo.

No siendo otro el objeto de la presente acta se da por terminada, se aprueba por las partes y para constancia se suscribe por los que en ella intervinieron.

  
GLORIA LIBIA ESQUIVIA AGUILLÓN  
HOSPITAL

  
MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO  
CONTRATISTA

  
LIDIA  
INTERVENTORA DEL CONTRATO

Proyectó oficina Talento Humano – O.P.S.  
Elaboró: ypm  
Revisó: clca  
VoBo: mln

**LA SUSCRITA JEFE OFICINA ASESORA JURIDICA  
DE LA PERSONERIA DE BOGOTA D.C.**

**CERTIFICA**

El Ciudadano(a) LOPEZ CASTRO MILENA PATRICIA

Quien se identifica con la cedula de ciudadanía No: 52469541 (CINCUENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS CUARENTA Y UNO)

**No registra antecedentes disciplinarios durante los últimos cinco (5) años, según revisión que a la fecha se efectuó al banco de datos que contiene las anotaciones o sanciones disciplinarias e inhabilidades que reportan las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá con atribuciones disciplinarias.**

Expedida en Bogotá, D.C. hoy, Venticinco (25) de MAYO del año Dos Mil Diez - 2010, 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.

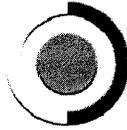
El certificado de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. (Ley 734 de 2002, art. 174).

**ADVERTENCIA:** 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 (art. 38 Num 2 Ley 734 de 2002).

**CERTIFICADO EXPEDIDO SIN COSTO ALGUNO**

  
**MONICA MARCELA NAVAS GRANADOS**  
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

Elaborado por :  
SEDE\_PRINCIPAL-FABIAN CRUZ



CONTRALORÍA  
GENERAL DE LA REPÚBLICA

## LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

### CERTIFICA:

Que una vez revisado el Boletín de Responsables Fiscales No. 61 con corte a 31 de marzo de 2010, el nombre del(a) Señor(a) y su correspondiente número de identificación, relacionado a continuación, NO FIGURA REPORTADO en el citado Boletín.

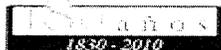
|                        |                       |
|------------------------|-----------------------|
| No. Identificación     | 52.469.541            |
| Nombre y Apellidos     | MILENA PATRICIA LOPEZ |
| Código de Verificación | 2237077962010         |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el 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.

Este documento tiene vigencia hasta la publicación del Boletín número 62, en la Página Web de la Entidad, la cual se efectuará en el mes de Julio de 2010.

**KAROL TATIANA GONZÁLEZ TORRES**



**CERTIFICADO ORDINARIO**  
**No. 18283858**

Bogotá DC, 25 de mayo de 2010

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO identificado(a) con Cédula de ciudadanía No. 52469541 :

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**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 )

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

**ATENCIÓN :**

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 1 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

|   |  |                                  |   |
|---|--|----------------------------------|---|
|  | <b>GTH-R05A-DI-FT-541</b>                      | Página 1 de 308                  |  |
|   | <b>MINUTA ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> | Versión: 02<br>Fecha: 2010-01-12 |   |

### ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 1646

**OBJETO:** Desarrollar actividades de Salud pública, enfocadas al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad de Bosa a través de acciones de planeación, ejecución, verificación y mejoramiento continuo, que garanticen el cumplimiento de metas y objetivos institucionales; así como también apoyando la ejecución de todos los programas de promoción y prevención del Hospital y realizar labores a nivel auxiliar de enfermería en la atención de individuos, familia y comunidad y/o auxiliar de laboratorio clínico a fin de brindar apoyo logístico con calidad y oportunidad en el área de enfermería.

**CONTRATANTE:** HOSPITAL PABLO VI BOSA – E.S.E.  
**CONTRATISTA:** MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO  
**VALOR TOTAL:** \$ 1050000  
**DURACION:** A partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución y hasta el 7/31/2010 o hasta agotar la reserva presupuestal

Entre los suscritos a saber, **GLORIA LIBIA POLANIA AGUILLON**, domiciliada y residente en esta ciudad, identificada con la cédula de ciudadanía número 51.921.553 de Bogotá, actuando en nombre y representación de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL**, en calidad de Gerente, nombrada mediante decreto No. 176 del 13 de Junio de 2008 y acta de posesión del 17 de Junio de 2008 y como tal facultada para celebrar la presente orden de prestación de servicios de conformidad con el Acuerdo 017 del 10 de Diciembre de 1997 y el Estatuto de Contratación de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL PABLO VI BOSA**, por una parte y por la otra, **MILENA PATRICIA LOPEZ CASTRO**, mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de la firma, quien en adelante se denomina el **CONTRATISTA**, hemos acordado celebrar la presente Orden de Prestación de Servicios que se rige por lo señalado en el numeral 6º del artículo 195 de la ley 100 de 1993, Acuerdo 000 de 2001 - Manual de Contratación de la Empresa, sus acuerdos modificatorios y demás normas que regulan la materia y en especial por las siguientes **CLÁUSULAS: PRIMERA.- OBJETO:** El objeto de la presente orden de prestación de servicios será Desarrollar actividades de Salud pública, enfocadas al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad de Bosa a través de acciones de planeación, ejecución, verificación y mejoramiento continuo, que garanticen el cumplimiento de metas y objetivos institucionales; así como también apoyando la ejecución de todos los programas de promoción y prevención del Hospital y realizar labores a nivel auxiliar de enfermería en la atención de individuos, familia y comunidad y/o auxiliar de laboratorio clínico a fin de brindar apoyo logístico con calidad y oportunidad en el área de enfermería. Como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA** en el Hospital Pablo VI Bosa E.S.E. y de acuerdo a las necesidades de la Institución en las diferentes áreas. **SEGUNDA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** EL CONTRATISTA se obliga para con el HOSPITAL a realizar las siguientes actividades: EN EL CASO DE SER ASIGNADO A CENTRO DE SALUD Y/O GRUPO EXTRAMURAL PAI: 1. Realizar actividades de auxiliar de enfermería asignadas de acuerdo a los programas y planes de acción de la Institución. 2. Educar al individuo, familia y comunidad en los aspectos de prevención, promoción, tratamiento de los principales problemas de salud que afectan la población del área de influencia. 3. Realizar las actividades programadas en el servicio para la atención del usuario teniendo en cuenta normas técnicas y administrativas. 4. Reclamar y entregar historias clínicas a Estadística. 5. Distribuir las historias clínicas en cada consultorio. 6. Administrar medicamentos de acuerdo con la prescripción médica y la asignación de la Enfermera Jefe. 7. Entrevistar y preparar al paciente de acuerdo a la consulta e impartiendo la educación requerida. 8. Mantener sus respectivos servicios en orden y estricta limpieza. 9. Esterilizar, preparar y responder por el material, equipos y elementos a su cargo. 10. Administrar la dieta prescrita al paciente de acuerdo a normas técnico-

A

|   |  |                                  |   |
|---|--|----------------------------------|---|
|  | GTH-R05A-DI-FT-541                             | Página 6 de 308                  |  |
|   | <b>MINUTA ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> | Versión: 02<br>Fecha: 2010-01-12 |   |

científicas. 11. Desarrollar las actividades del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de acuerdo a las normas técnico-administrativas vigentes. 12. Realizar el registro diario y consolidado mensual de las actividades realizadas en el sitio de ejecución de actividades. 13. Realizar las acciones de salud pública de su responsabilidad en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y vigilancia en salud pública a nivel intra y extramural necesarios en los diferentes grupos del ciclo evolutivo de acuerdo con la normatividad vigente. 14. Apoyar el desarrollo de estrategias de participación social, con los diferentes actores locales con el fin garantizar la pertinencia y efectividad de las intervenciones. 15. Colaborar en actividades intra y extrahospitalarias para el desarrollo de los programas de salud de la Institución. 16. Participar en las acciones en vigilancia epidemiológica para situaciones que sean factor de riesgo para la población. 17. Participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de salud de la comunidad. 18. Propiciar las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud. 19. Solicitar al coordinador y/o líder del área los recursos necesarios y hacer uso racional de los bienes a su cargo. 20. Promover en su área de trabajo la participación de la comunidad en actividades de salud e impulsar y motivar la conformación de grupos de participación social. 21. Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad. 22. Aplicar las normas, guías y protocolos en el ámbito de su cargo que garanticen la adecuada prestación del servicio. 23. Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de cada una de las localidades del área de influencia de la Empresa Social del Estado. 24. Reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio al Líder. 25. Actualizar los procesos y procedimientos inherentes al objeto contractual. 26. Realizar el control interno sobre las funciones propias del objeto contractual. 27. Ejercer las demás funciones que le sean asignadas y sean afines con la naturaleza del objeto del contrato.

**EN EL CASO DE SER ASIGNADO A LABORATORIO CLÍNICO:** 1. Realizar toma de muestras, clasificarlas y distribuir las para las diferentes secciones del laboratorio. 2. Recibir y recolectar las muestras que se van a analizar de acuerdo con los exámenes solicitados, preparar el material necesario para su procesamiento y montar las pruebas requeridas. 3. Dar instrucciones específicas al usuario sobre la forma de recolección de las muestras y las condiciones como se debe presentar al examen. 4. Entregar los resultados de los análisis al solicitante. 5. Colaborar en actividades intra y extrahospitalarias para el desarrollo de los programas de salud. 6. Responder por elementos y equipos que estén bajo su cuidado. 7. Participar en las acciones en vigilancia epidemiológica para situaciones que sean factor de riesgo para la población. 8. Propiciar las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud. 9. Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad. 10. Aplicar las normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio. 11. Reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio al Coordinador o Líder. 12. Actualizar los procesos y procedimientos inherentes al objeto contractual. 13. Realizar el control interno sobre las funciones propias del objeto contractual. 14. Ejercer las demás funciones que le sean asignadas y sean afines con la naturaleza del objeto del contrato.

**EN EL CASO DE SER ASIGNADO A LA RUTA DE LA SALUD:** Ejercer las actividades anteriormente relacionadas. Además de las anteriores el contratista tendrá las siguientes: a) Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Reglamentos o cualquier acto de autoridad Nacional o Distrital vigentes que tenga relación con la ejecución del objeto de la presente orden de prestación de servicios. b) Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos o bienes muebles del Hospital entregados para la ejecución de las actividades propias del objeto de la presente orden de prestación de servicios. c) Pagar sus aportes de salud, pensión y riesgos profesionales durante la ejecución de la presente orden de prestación de servicios sobre los montos legales establecidos. d) Dar cumplimiento a las guías de manejo, planes de mejoramiento, procesos y procedimientos institucionales. e) Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones contenidas en la cláusula segunda de la presente orden de prestación de servicios, si a ello hubiere lugar. f) Abstenerse de divulgar la información almacenada en algún medio o dispositivo de cualquier tipo que pertenezca en carácter reservado a la institución, sin el consentimiento de las directivas del mismo.

**PARÁGRAFO PRIMERO-** El contratista autoriza al Hospital a solicitar información sobre el estado de cuenta al Fondo de Pensiones y E.P.S. **PARÁGRAFO SEGUNDO:-** Las partes de común acuerdo manifiestan que el contratista estará afiliado a una Entidad Administradora de Riesgos Profesionales A.R.P., que será la misma entidad en la