



HOSPITAL PABLO VI DRONA
SERVICIO DE SALUD

GTH-R05A-DI-FT-750

Página: 1 de 1

LISTA DE CHEQUEO CONTROL DE FIRMAS

Versión: 01

Fecha: 2011-01-03



NOMBRE: Blanca Marina del Rosario Buitrago Murcia
 PROFESION: Secretaría General
 ACTIVIDAD: Aux. Administrativo
 No. OPS: 723.

REQUERIMIENTO:	GTHR05A-DI-FT082	Interventor	<input checked="" type="checkbox"/>	Subgerencia Activa/Asistencia	<input checked="" type="checkbox"/>	Lider Talento Humano	<input checked="" type="checkbox"/>	Gerencia	<input checked="" type="checkbox"/>
CARTA DE IDONEIDAD:	GTHR05A-DI-FT545	Psicologa Talento Humano		Lider Talento Humano					
SOLICITUD PROCESO CONTRACTUAL:	GTHR05A-DI-FT559	Subgerencia Activa/Asistencial		Gerencia					
HOJA DE VIDA:		Contratista	<input checked="" type="checkbox"/>						

MINUTA DE OPS:	GTHR05A-DI-FT541	Gerencia	<input checked="" type="checkbox"/>	Contratista	<input checked="" type="checkbox"/>				
NOTIFICACION DE INTERVENTORIA:	GTHR05A-DI-FT644	Gerencia		Interventor:					
POLIZA DE GARANTIA		APLICA:		NO APLICA:	<input checked="" type="checkbox"/>	FIRMA CONTRATISTA:			
APROBACION GARANTIA:	GTHR05A-DI-FT122	Jefe Juridico							

SOLICITUD DE OPS (GTH-R05A-DI-FT-578) ADICION, MODIFICACION O PRORROGA DE OPS, GARANTIA Y APROBACION DE GARANTIA:	SOLICITUD (GTH-R05A-DI-FT-578) :			SOLICITUD (GTH-R05A-DI-FT-578) :			SOLICITUD (GTH-R05A-DI-FT-578) :			
	Interventor :	Subgerencia:		Interventor :	Subgerencia:		Interventor :	Subgerencia:		
	No.001			No.002			No.003			
	Gerencia	<input checked="" type="checkbox"/>	Contratista	<input checked="" type="checkbox"/>	Gerencia	<input checked="" type="checkbox"/>	Contratista	<input checked="" type="checkbox"/>	Gerencia	<input checked="" type="checkbox"/>
	ANEXO 1 APROBACION			ANEXO 2 APROBACION			ANEXO 3 APROBACION			
	Contratista		Jefe Juridico		Contratista		Jefe Juridico		Contratista	
	SOLICITUD (GTH-R05A-DI-FT-578) :			SOLICITUD (GTH-R05A-DI-FT-578) :			SOLICITUD (GTH-R05A-DI-FT-578) :			
	Interventor :	Subgerencia:		Interventor :	Subgerencia:		Interventor :	Subgerencia:		
	No.004			No.005			No.006			
	Gerencia	<input checked="" type="checkbox"/>	Contratista	<input checked="" type="checkbox"/>	Gerencia	<input checked="" type="checkbox"/>	Contratista	<input checked="" type="checkbox"/>	Gerencia	
	ANEXO 4 APROBACION			ANEXO 5 APROBACION			ANEXO 6 APROBACION			
	Contratista		Jefe Juridico		Contratista		Jefe Juridico		Contratista	
SOLICITUD (GTH-R05A-DI-FT-578) :			SOLICITUD (GTH-R05A-DI-FT-578) :			SOLICITUD (GTH-R05A-DI-FT-578) :				
Interventor :	Subgerencia:		Interventor :	Subgerencia:		Interventor :	Subgerencia:			
No.007			No.008			No.009				
Gerencia		Contratista		Gerencia		Contratista		Gerencia		
ANEXO 7 APROBACION			ANEXO 8 APROBACION			ANEXO 9 APROBACION				
Contratista		Jefe Juridico		Contratista		Jefe Juridico		Contratista		
SOLICITUD (GTH-R05A-DI-FT-578) :			SOLICITUD (GTH-R05A-DI-FT-578) :			SOLICITUD (GTH-R05A-DI-FT-578) :				
Interventor :	Subgerencia:		Interventor :	Subgerencia:		Interventor :	Subgerencia:			
No.010			No.011			No.012				
Gerencia		Contratista		Gerencia		Contratista		Gerencia		
ANEXO 10 APROBACION			ANEXO 11 APROBACION			ANEXO 12 APROBACION				
Contratista		Jefe Juridico		Contratista		Jefe Juridico		Contratista		

CERTIFICACION PAGO DE INTERVENTOR:	GTHR05A-DI-FT562	No.001	No.002	No.003	No.004	No.005	No.006
		Interventor: <input checked="" type="checkbox"/>					
ACTA DE SUSPENSION	Gerencia	No.007	No.008	No.009	No.010	No.011	No.012
		Interventor: <input checked="" type="checkbox"/>					

ACTA TERMINACION	MUTUO ACUERDO	Gerencia	Interventor:		Gerencia	Contratista
	RESOLUCION UNILATERAL	Gerencia	Interventor:			

ACTA DE LIQUIDACION:	No.001			RESOLUCION LIQUIDACION UNILATERAL	No. 001	
	Gerencia	Interventor	Contratista		Gerencia	Interventor

GTH-R05A - DI - FT - 086		Página 1 de 1	
VERIFICACION DE HOJAS DE VIDA		Versión: 06	
		FECHA: 2014-09-18	
NOMBRE Bianca Marina del Rosario Buitrago Murcia			CEDULA 41474057
PROFESION Secretariado general			
ACTIVIDAD Auxiliar Administrativo			
DIPLOMA SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	ACTA DE GRADO SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
TECNICO			
DIPLOMA SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	ACTA DE GRADO SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
SUPERGRADO			
DIPLOMA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input checked="" type="checkbox"/>	ACTA DE GRADO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
POSTGRADO			
DIPLOMA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input checked="" type="checkbox"/>	ACTA DE GRADO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
TARJETA PROFESIONAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input checked="" type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
INSCRIPCION A LA SECRETARIA DE SALUD SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input checked="" type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
TARJETA DE RADIOPROTECCION SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APLICA <input checked="" type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
FORMATO HOJA VIDA SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
ANTECEDENTES DISCIPLINADOS PERSONERIA SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
ANTECEDENTES DISCIPLINADOS CONTRALORIA SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
ANTECEDENTES DISCIPLINADOS PROCURADURIA SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
PASADO JUDICIAL SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
LIBRETA MILITAR SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
CEDULA SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
REGISTRO UPIICO TRIBUTARIO SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
RIT SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
AFILIACION SALUD SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUAL Familianar	
AFILIACION PENSION SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUAL Colpensiones	
AFILIACION ARL SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUAL Colpatria	
CERTIFICACION DE VACUNACION INFLUENZA SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUAL	
CERTIFICACION DE VACUNACION HEPATITIS B SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
CERTIFICACION DE VACUNACION TETANO SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
CERTIFICACION DE VACUNACION SARAMPION SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
CERTIFICACION DE VACUNACION TT O TD SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
CERTIFICACION DE VACUNACION TRIPLE VIRAL SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
EXAMEN PRE OCUPACIONAL SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
1. EXPERIENCIA			
ESPECIFICA AÑOS		CUMPLE REQUISITOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
RELACIONADA AÑOS		CUMPLE REQUISITOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
2. CURSOS			
USO EXCLUSIVO DE MÉDICOS EN URGENCIAS			
CURSO EN ACLS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
CURSO EN BCLS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
USO EXCLUSIVO DE AUXILIARES Y ENFERMERAS URGENCIAS			
CURSO DE SOPORTE VITAL BASICO 30 HORAS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
USO EXCLUSIVO DE CONDUCTORES			
PASE DE QUINTA CATEGORIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
CERTIFICACION DE COMPARENDOS SECRETARIA MOVILIDAD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
USO EXCLUSIVO DE TRIPULACION AMBULANCIA-CONDUCTOR			
CURSO DE 40 HORAS PRIMEROS AUXILIOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
CURSO DE PRIMER RESPONDIENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
USO EXCLUSIVO DE TRIPULACION AMBULANCIA-AUXILIAR DE ENFERMERIA			
CURSO DE SOPORTE VITAL BASICO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
CURSO DE PRIMER RESPONDIENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
USO EXCLUSIVO DE ENFERMERAS DE CONSULTA EXTERNA			
CERTIFICACION ASESORIAS VIH SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
CERTIFICACION PARA TOMA DE CITOLOGIAS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
CERTIFICACION CURSO DE MATERNIDAD-PATERNIDAD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
USO EXCLUSIVO DE AUXILIARES DE CONSULTA EXTERNA			
CERTIFICACION PAI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
NOMBRE DEL VERIFICADOR(A)			FECHA
ACTIVIDAD			CONCEPTO ACEPTADO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

	GTH - R05A - DI - FT - 082	Página 1 de 1	 Secretaría SALUD ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ
	REQUERIMIENTO DEL RECURSO HUMANO	Versión: 10	
		Fecha: 2014-12-09	

1. DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD

El hospital Pablo VI Bosa Primer Nivel de Atención Empresa Social del Estado, institución Socialmente Responsable, líder en la prestación de servicios de salud de primer nivel, humanizados y con estándares superiores de calidad, requiere la contratación de Bachiller para el proceso de Auxiliar de Bodega de Almacén: Gestión de Adquisiciones, a fin de garantizar la eficaz y eficiente ejecución del proceso mencionado.

PERFIL	REQUISITOS ESTUDIO	REQUISITOS EXPERIENCIA	DOCUMENTOS LEGALES
Auxiliar Administrativo	Bachiller	Dos (02) año	Diploma de Bachiller y acta de grado

2. FUNDAMENTOS JURÍDICOS

El hospital Pablo VI Bosa Primer Nivel de Atención Empresa Social del Estado, definida por el artículo 1º del decreto 1876 de 1994 como una categoría especial de entidad pública descentralizada del orden Distrital, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Secretaría Distrital de Salud y sometida al régimen jurídico previsto en la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios.

En el caso del Distrito Capital el Acuerdo Distrital 17 del 17 de Diciembre de 1997 prevé en su artículo 23 que la Empresa Social del Estado en materia contractual se regirá por las normas del derecho privado, pero discrecionalmente podrá utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública. Tal apreciación se aplica, igualmente, a las diferentes formas de vinculación del Recurso Humano necesario para cumplir su misión.

Así mismo, el artículo 13 de la Ley 1150 de 2007 establece, "Las entidades estatales que por disposición legal cuenten con un régimen contractual excepcional al del Estatuto General de la Administración Pública, aplicarán en desarrollo de su actividad contractual, acorde con su régimen legal especial, los principios de la función administrativa y de la gestión fiscal de que tratan los artículos 209 y 267 de la Constitución Política, respectivamente según sea el caso y estarán sometidas al régimen de inhabilidades e incompatibilidades previsto legalmente para la contratación estatal.

Consecuentemente con lo anterior, el Hospital Pablo VI Bosa, adoptó mediante el Acuerdo 10 de 2014, emitido por su Junta Directiva, el Reglamento Interno de Contratación – Resolución 169 de 2014, mediante el cual se establecen las reglas y procedimientos que se deben observar al interior del Hospital en los diferentes procesos.

3. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL PROCESO DE GESTIÓN DE ADQUISICIONES DEL HOSPITAL PABLO VI BOSA E.S.E. PARA REALIZAR EL INGRESO Y EGRESO DE FACTURAS DE TODA LA INSTITUCIÓN.

3.1 OBLIGACIONES GENERALES:

Desarrollar actividades de recepción y entrega de insumos, aplicando las buenas prácticas de almacenamiento y distribución establecidos en la institución, enfocadas al cumplimiento de las necesidades de la institución.

3.2 OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

- 1 Recibir Facturas
- 2 Verificar cuadros comparativos Vs. Facturas y contratos.
- 3 Realizar salidas de almacén
- 4 Realizar encuestas trimestrales de satisfacción de servicio al cliente externo

5 Realiza cualquier otra tarea afín que le sea asignada

TIPIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CONTRATO A CELEBRAR

TIPIFICACIÓN. El contrato que resulte del Presente Proceso de Selección será de PRESTACION DE SERVICIOS.

3.3 PLAZO DE EJECUCION:

El plazo para la ejecución del contrato que se derive del presente proceso será de uno (1) meses (o días según el caso), contados a partir del cumplimiento del último requisito de ejecución.

3.4 VALOR Y FORMA DE PAGO:

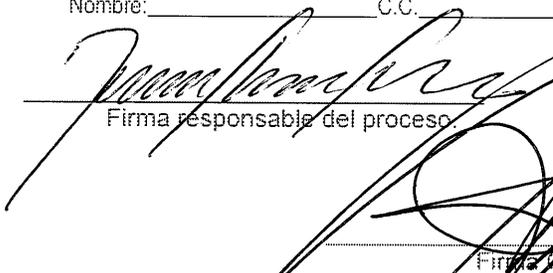
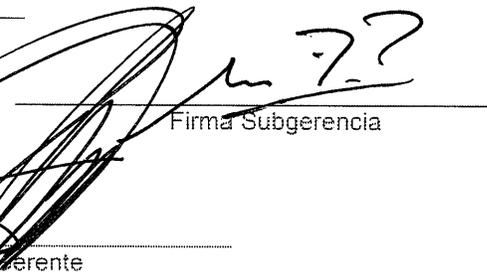
El valor del contrato será por la suma de un millón cuatro mil pesos enteros 1.400.000, suma que se cancelará por el Hospital mediante facturaciones y/o cuentas de cobro por cuotas mensuales equivalentes a la suma de un millón cuatro mil pesos enteros (\$ 1.400.000) Mcte., y/o por fracción de mes acorde con la certificación de cumplimiento expedida por el Supervisor del Contrato, pagaderas dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación de las cuentas de cobro acompañadas de la certificación de pago de salud, pensión y pago de aportes parafiscales si hay lugar a ello.

El contratista debe asumir todos los costos directos e indirectos; los costos fijos, incluidos impuestos referentes a la actividad, retenciones de ley si hay lugar a ello.

3.5 RUBRO PRESUPUESTAL: 310204 Remuneración servicios técnicos

3.6 SUPERVISOR:

Nombre: _____ C.C. _____

Firma responsable del proceso. Firma Subgerencia



Firma representante

3.8. CONSTANCIA DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL EN PLANTA

Líder Funcional de Talento Humano CERTIFICA que analizada la planta actual del Hospital Pablo VI Bosa no existe servidor público para cumplir con la actividad de Nutricionista requerida para el cumplimiento de las actividades en el proceso Atención a la comunidad: Salud Pública.

No existencia del perfil requerido Número insuficiente Necesidad de conocimientos especiales



Lider Funcional de Talento Humano

INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO

1. DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD: En este ITEM, el responsable de cada proceso dentro del cual se requiera la contratación de un apoyo profesional, técnico o administrativo, deberá expresar el fundamento de la necesidad, partiendo de la misión institucional, el proyecto específico que requiere del apoyo y las acciones que dentro del mismo se hace necesario ejecutar para el logro de los fines institucionales. Hecha esa descripción, se procede a señalar los perfiles de los servicios que se requieren.

3. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO: La redacción del objeto de debe ser clara y precisa acorde con lo que realmente requiere la entidad. No debe entrar en detalles de los servicios.



GTH - R05A - DI - FT - 082

Página 1 de 1

REQUERIMIENTO DEL RECURSO
HUMANO

Versión: 10

Fecha: 2014-12-09



Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MUNICIPAL DEL MUNICIPIO

3.3 **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:** La redacción de estas obligaciones debe ser clara y precisa acorde con el tipo de contrato a celebrar según el perfil.

3.4 **PLAZO DE EJECUCION.** este espacio será diligenciado por el área de OPS.

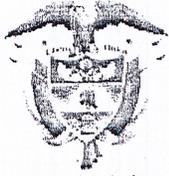
3.5 **VALOR Y FORMA DE PAGO:** este espacio será diligenciado por el área de OPS.

3.6 **RUBRO PRESUPUESTAL:** este espacio será diligenciado por el área de OPS.

3.7 **SUPERVISOR.** Mencionar la denominación del cargo del colaborador que ejercerá la supervisión del contrato. Se recomienda que esta sea ejercida por el Responsable del Proceso respectivo independientemente que para la realización de la misma se pueda apoyar en otros servidores públicos del grupo de trabajo sin que ello implique delegación de en cabeza de estos últimos.

3.9. **CERTIFICACION DE NO PERSONAL EN PLANTA:** Deben diligenciarse los espacios correspondientes a ACTIVIDAD Y EL Proceso al que corresponde teniendo en cuenta especificar al área ejemplo: Administrativa – talento humano. Asistencia! CAMI Urgencias.

ANTES DE REALIZAR LA CONTRATACION ESTE FORMATO DEBE TENER VISTO BUENO DEL APOYO JURÍDICO Y O PROFESIONAL ADMINISTRATIVO DEL AREA DE TALENTO HUMANO



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECE...



1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Buistrago</u>		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Mercia</u>		NOMBRES <u>Blanca Marina del Rosario</u>	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <u>41.474.057</u>			SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD PAÍS COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO _____		D.M. _____	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>13</u> MES <u>04</u> AÑO <u>1947</u>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Transv. SEste #15A-32, Bloq. B13, Apt. 503</u>		
PAÍS <u>Colombia</u>			PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO. <u>Cundinamarca</u>		
DEPTO. <u>Caldas</u>			MUNICIPIO <u>Soacha</u>		
MUNICIPIO <u>Manizales</u>			TELÉFONO <u>7214548</u> EMAIL _____		

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: <u>Bachiller Académico</u>			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10o.	X	MES	AÑO	
											<u>12</u>	<u>1983</u>	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
 ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),
 RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
<u>comercial</u>	<u>4 años</u>	<u>X</u>		<u>Auxiliar de Contabilidad y Secretariado</u>	<u>05</u>	<u>1974</u>	
	<u>1 año</u>	<u>X</u>		<u>Secretariado General</u>	<u>12</u>	<u>1976</u>	<u>6851</u>

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

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

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Hospital Pablo VI Bosa ESE</i>	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <i>7799800</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="08"/> MES <input type="text" value="07"/> AÑO <input type="text" value="1999"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value=""/> MES <input type="text" value=""/> AÑO <input type="text" value=""/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Auxiliar Administrativo</i>	DEPENDENCIA <i>Subgerencia Administrativa</i>	DIRECCIÓN <i>Cra 77 Bis # 69 B - 76 Sur</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Concejo de Bogotá</i>	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <i>2088210</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="11"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="1993"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="30"/> MES <input type="text" value="06"/> AÑO <input type="text" value="1999"/>	
CARGO O CONTRATO <i>Auxiliar Administrativo</i>	DEPENDENCIA <i>Oficina de Concejal</i>	DIRECCIÓN <i>Cll 36 # 28 A - 41</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Oficina Juridica</i>	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <i>2435598</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="1977"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="1993"/>	
CARGO O CONTRATO <i>Secretaria</i>	DEPENDENCIA <i>Oficina Juridica</i>	DIRECCIÓN <i>Cra 7 # 37 - 25</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Juzgado Promiscuo Municipal</i>	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Boyaca</i>	MUNICIPIO <i>San Miguel de Sema</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="20"/> MES <input type="text" value="05"/> AÑO <input type="text" value="1967"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="30"/> MES <input type="text" value="05"/> AÑO <input type="text" value="1968"/>	
CARGO O CONTRATO <i>Auxiliar de oficina judicial I</i>	DEPENDENCIA <i>Secretaria Juzgado</i>	DIRECCIÓN <i>San Miguel de Sema (Boy)</i>	

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
 Persona Natural
 (Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	22	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	16	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	38	1

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá D.C. Dic 18 de 2010

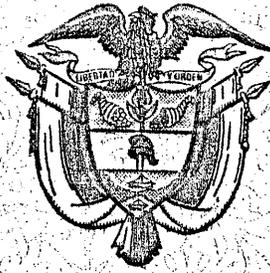
Barcahanna Buitrago
 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Bogotá Dic 26 /14
 Ciudad y fecha

[Firma]
 NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

«EL GIMNASIO LIBERTAD» NOCTURNO

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, SEGUN
RESOLUCION No. 3123 DEL 17 DE MAYO DE 1976.

CONFIERE A

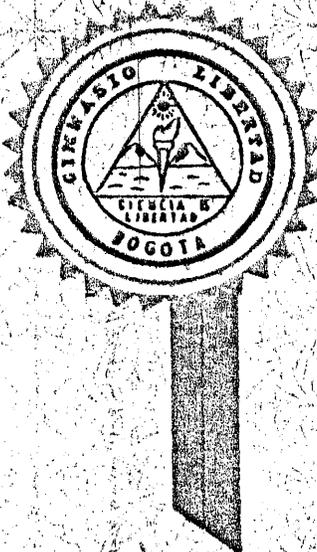
Blanca Marina del Rosario Buitrago Murcia

IDENTIFICADO(A) CON C.C. No. 41.474.057 DE BOGOTA.

EL TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS
CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA
VOCACIONAL, SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES



RECTOR
[Signature]

SECRETARIO
[Signature]

BOGOTA, D. E. 9 DE Diciembre DE 1983

ANOTADO AL FOLIO 9413 LIBRO DE REGISTRO No. 85

SECRETARIO DE EDUCACION

[Signature]

DADO EN BOGOTA, D. E., A 10 DE Noviembre DE 1983

Nombre del Plantel

Inscripción. S. E. 1554

" G I M N A S I O L I B E R T A D "

DANE 31100106887

Dirección CARRERA 6a. No. 5-70. Tel. 2-46-70-70

Jornada NOCTURNA

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de BOGOTA a los 9 días del mes Diciembre de 1983 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector (a) y Secretario (a) en la Rectoría del G I M N A S I O L I B E R T A D, Institución aprobada hasta Nueva Visita en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar El Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICO según Resolución No. 3123 del 17 de MAYO de 1983 de 1976

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyos nombres apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación

NOMBRE BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA

C. C. ó T. I. No. 41.474.057 DE BOGOTA

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 05 de fecha 9 de Diciembre de 1983 que consta de 99 alumnos graduados, comienza con el nombre de

PABLO ANTONIO ACERO AMAYA y se cierra con el nombre de

JOSE WILLIAM WANDURRAGA MALAGON, Firmado y Sellado por AR-

CADIO HERNANDEZ DE LA FUENTE (Rector) y LUCILA ULLOA DE HERNANDEZ (Secretario-a)

Dada en BOGOTA a los 9 días del mes de Diciembre de 1983

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1981.

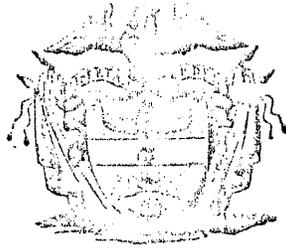


C. C. No. 1734 de Bogotá



C. C. No. 20.155.261 de Bogotá

REPÚBLICA DE COLOMBIA



DEPARTAMENTO DE BOYACA

El Colegio del Sagrado Corazón de Jesús

Aprobado por Resolución No. 3156 de 1966, emanada del Ministerio de Educación Nacional

teniendo en cuenta que

Blanca Marina del Rosario Buitrago Murcia

terminó satisfactoriamente los estudios correspondientes al Ciclo Básico de Enseñanza Media Comercial y fué aprobada en todos los exámenes y pruebas reglamentarias, le confiere el título de

Auxiliar de Contabilidad y Secretariado

La Directora,

Marijesty



La Secretaria,

Hilma de Castilla

Chiquinquirá, Mayo 2 de 1974

Gobernación del Departamento de Boyacá

Anotado al folio 32 del Libro de Registro No. 20

El Guapón

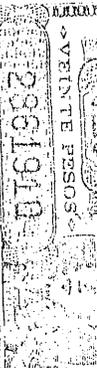
Por el Gobernador del Departamento.



COMO ROTARIO 15 DE ESTE CIRCULO
HAGO CONSTAR QUE ESTA FOTOCOPIA
CORRINCIDE CON SU ORIGINAL
Y ESTANDO A LA VISTA.

- 1 MAR. 1980

Olyo Jones R.
Secretario de Educación





República de Colombia
 Departamento de Cundinamarca
 Secretaria del Distrito Especial de Bogotá

Y en su nombre, La

**Academia Interamericana de Educación
 para Adultos**

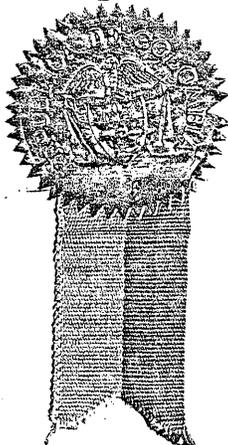
Y BAJO RESOLUCIONES NUMEROS 074 DEL 28 DE ENERO DE 1974, 037 DEL 6 DE MAYO
 DE 1975 Y 162 DEL 26 DE AGOSTO DE 1975

Le confiere a:

Blanca Marina del C. Buitrago

TENIENDO EN CUENTA QUE: CURSO Y APROBO TODAS LAS MATERIAS,
 PRUEBAS Y PRACTICAS, LE CONFIERE EL PRESENTE CERTIFICADO EN:

Secretariado General



Blanca Marina del C. Buitrago
 Rectora
 Para Adultos

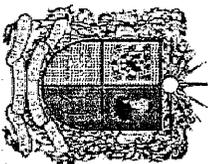
Angela V. de Pinzón
 Secretaria General

Expedido en Bogotá a 16 de DICIEMBRE de 1976

Registrado para efectos legales en el Libro

No. 1 Folio 26 bog DIC de 1976

REPÚBLICA DE COLOMBIA
UNIVERSIDAD DISTRITAL
FRANCISCO JOSE DE CALDAS



**INSTITUTO DE DESARROLLO DEL DISTRITO CAPITAL Y LA PARTICIPACION
CIUDADANA Y COMUNITARIA**

- IDCAP -

CERTIFICAN QUE

BLANCA MARINA BUTRAGO M.

Cursó y aprobó el seminario de **ACTUALIZACION PARA SECRETARIAS**
con una intensidad de cuarenta (40) horas

Santa Fe de Bogotá D.C., 8 de abril de 1997


OSCAR RAMIREZ MARIN
Director IDCAP



REPUBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE EDUCACION

TARJETA PROFESIONAL DEL SECRETARIADO

No. **6851** GRADO: **TRES (3)**

Nombre: **BUITRAGO MURCIA**
BLANCA MARINA DEL ROSA

C.C. No. **41.474.057**

Expedida: **BOGOTA, D.E.**

Resolución No. **000104**

Fecha: **MARZO 4 DE 1999**

Junta Seccional de: **CUNDINAMARCA**



SECRETARIO DE EDUCACION

El presente documento se expide de conformidad con lo dispuesto en la ley 9a. de 1984 y decreto reglamentario 1293 de 1986.

OSCAR MEDINA PLAZAS
Asesor Secretaria de Educación

Bogotá, D.C., 15 de Diciembre de 2014

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor (a) BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. CUARENTA Y UN MILLON CUATROCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CINCUENTA Y SIETE de BOGOTA D C.

41474057

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

El certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reportan las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

CERTIFICADO EXPEDIDO SIN COSTO ALGUNO


OMAR ROBERTO GÓMEZ BARRERA
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

Este certificado está firmado digitalmente, si requiere verificar su autenticidad comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

Conmutador - 3820450 - 80. Carrera 7 N° 21-24. www.personeriabogota.gov.co
Personería 24 Horas Línea 143

EL CONTRALOR DELEGADO PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y
JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 15 de diciembre de 2014, a las 10:52:41, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	41.474.057 /
Código de Verificación	10938855692014

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

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



SILVANO GÓMEZ STRAUCH



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 65431087



WEB
11:35:06
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 15 de diciembre del 2014

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 41474057:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES ✓

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

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

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

ATENCIÓN :

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



Inicio | Quiénes somos | Contacto | Noticias | Servicios | Preguntas Frecuentes

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 15/12/2014 a las 12:48:31 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N° 41474057 y Nombres: BUITRAGO MURCIA BLANCA MARINA DEL R **NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES** de acuerdo con el art. 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

Volver al Inicio

Solicitudes, Quejas, Reclamos

Manual de Navegación | Políticas de Seguridad | Políticas de Privacidad y Uso | Mapa del Sitio | LOGIN

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
 Correo 59 N° 26-21, CAN, Bogotá DC
 Atención administrativa de lunes a viernes de 8 am a 12pm y 2pm a 5pm
 Requerimientos ciudadanos 24 horas
 Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111 / 9112 - Resto del país: 018000 910 600
 FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

Prosperidad para todos | Presidencia de la República | Ministerio de Defensa | Gobierno en Línea | Fondo Único de Contratación

Todos los derechos reservados 2011.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
GEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 41.474.057
BUIRAGO MURCIA

APELLIDOS
BLANCA MARINA DEL
ROSARIO
NOMBRES



Blanca Marina Buitrago
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-ABR-1947

MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.45 ESTATURA O+ G.S. RH F SEXO

15-JUL-1971 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500100-00135431-F-0041474057-20081209 0007828707A 2 16c3018262



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

Ministerio de Hacienda y Crédito Público

001

2. Concepto 0 2 Actualización
Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14322411659



(415)7707212489984(8020) 000001432241165 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):
4 1 4 7 4 0 5 7 -

6. DV
2

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico
3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:
Persona natural o sucesión ilíquida 2

25. Tipo de documento:
Cédula de ciudadanía 1 3

26. Número de Identificación:
4 1 4 7 4 0 5 7

27. Fecha expedición:
1 9 7 1 0 7 1 5

28. País:
COLOMBIA 1 6 9

29. Departamento:
Bogotá D.C. 1 1

30. Ciudad/Municipio:
Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido
BUITRAGO

32. Segundo apellido
MURCIA

33. Primer nombre
BLANCA

34. Otros nombres
MARINA DEL ROSARIO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:
COLOMBIA 1 6 9

39. Departamento:
Cundinamarca 2 5

40. Ciudad/Municipio:
Soacha 7 5 4

41. Dirección principal

TV 5 ESTE 15 A 32 BL B 13 AP 503 CON SAN CARLOS

42. Correo electrónico:

blancamarinabuitrago@hotmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

3 0 4 4 6 9 4 5 6 3

45. Teléfono 2:

7 2 1 4 5 4 8

CLASIFICACION

Actividad económica

Ocupación

46. Código:
8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad:
1 9 9 9 0 1 0 1

48. Código:
4 1 2 3

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:
1 2

51. Código:
4 1 2 3

52. Número establecimientos:
0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:
1 2

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código:
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

55. Forma 56. Tipo

Servicio 1 2 3
57. Modo
58. CPC

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI NO

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 4 1 2 1 2

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

Blanca Marina Buitrago

984. Nombre BUITRAGO MURCIA BLANCA MARINA DEL ROSARIO

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

RIT
CONTRIBUYENTE

REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA
DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ - DIB
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN Y/O NOVEDADES RIT - ICA PARA CONTRIBUYENTES
Lea las instrucciones al respaldo, diligencie sin tachones, borrones ni enmendaduras

ESPACIO PARA RADICADO

A. OPCIÓN DE USO

1. INSCRIPCIÓN

2. NOVEDADES

3. CESE DE ACTIVIDADES

B. DATOS DEL CONTRIBUYENTE

4. TIPO DE IDENTIFICACIÓN NIT CC TI NÚMERO **41474057** D.V.

5. NATURALEZA JURIDICA PERSONA NATURAL PERSONA JURIDICA SOCIEDAD DE HECHO

6. REGIMEN TRIBUTARIO SIMPLIFICADO COMÚN 7. TIPO DE ORGANIZACIÓN

8. NOMBRE COMPLETO / RAZÓN SOCIAL

Blanca Fabiana del Rosario Buitrago Murcia

9. DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN **TRO SA ESTE #15 A 32 APTO 503 Bloque D-13**

10. MUNICIPIO **SOACHA** 11. DEPARTAMENTO **CUNDINAMARCA**

12. No. TELÉFONO **7214548** EXTENSIÓN (ES)

13. CIUDAD **SOACHA** 14. No. CELULAR **304 4694563**

15. CORREO ELECTRONICO **blancamuribuitrago@hotmail.com**

16. No. MATRICULA MERCANTIL DEL CONTRIBUYENTE

17. FECHA DIA MES AÑO 18. CIUDAD CAMARA DE COMERCIO

19. FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES EN EL DISTRITO CAPITAL DIA MES AÑO

20. FECHA DE CESE DE ACTIVIDADES EN EL DISTRITO CAPITAL DIA MES AÑO No. CAUSAL

C. ACTIVIDADES ECONOMICAS - CODIGOS CIU

CODIGO ACTIVIDAD. CODIGO ACTIVIDAD. CODIGO ACTIVIDAD.
CODIGO ACTIVIDAD. CODIGO ACTIVIDAD. CODIGO ACTIVIDAD.
CODIGO ACTIVIDAD. CODIGO ACTIVIDAD. CODIGO ACTIVIDAD.

D. REPRESENTANTES

APELLIDOS Y NOMBRES

TIPO DE IDENTIFICACIÓN No. TIPO DE REPRESENTACIÓN

CORREO ELECTRONICO

APELLIDOS Y NOMBRES

TIPO DE IDENTIFICACIÓN No. TIPO DE REPRESENTACIÓN

CORREO ELECTRONICO

APELLIDOS Y NOMBRES

TIPO DE IDENTIFICACIÓN No. TIPO DE REPRESENTACIÓN

CORREO ELECTRONICO

E. FIRMAS

FIRMA CONTRIBUYENTE O REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA PERSONA QUIEN REALIZA EL TRAMITE

Blanca Fabiana Buitrago **Blanca Fabiana Buitrago**

NOMBRE **BLANCA FABIANA BUITRAGO** NOMBRE **BLANCA FABIANA BUITRAGO**

TIPO DE DOCUMENTO **C.** No. **41.474.057** TIPO DE DOCUMENTO No.

ESTE FORMULARIO Y SU RADICACIÓN NO TIENEN NINGÚN COSTO

DEBE APLICARSELA LECTURA DE ESTE
Código Postal: 11311
Dirección de Impuestos de Bogotá:
Avenida Calle 7 N° 65B-95
Código Postal: 11611
teléfono: (57) 338 6000 Línea 195
contacto: info@hid.gov.co
NIT: 899.999.061-9
Bogotá, Distrito Capital - Colombia



BOGOTÁ
HUMANA

39-F-09 V.3



DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

Fecha: 13-12-2014

Hora: 9:58:26 AM

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 41474057-2 BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA

Información

Dirección TV 5 ESTE 15A 32 BL B 13 AP 503

Teléfonos

Dirección blancamarinabuitrago@hotmail.

Fax

Información de

Fecha Inscripción 13/12/2014

Soporte Inscripción 16377233

Fecha Inicio Actividades 01/01/1999

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio



Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

Kr 30 24 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C.

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación,
solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: **Blanca Marina**
Apellidos: **Buitrago Murcia**
Documento de identidad: C.C.X T.I. Pasaporte No. **41474 057**
Fecha de Nacimiento: Día **13** Mes **04** Año **1947**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza		6-DIC-2011	UN385AG DC-31/2011	[Firma]
		16-DIC-2014	U501020	[Firma]
Otras				
Neumococo	1	11-05-2009	LV 501113	

REPÚBLICA DE COLOMBIA



CONCEJO DE BOGOTÁ, D.C.

EL DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
DEL CONCEJO DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA:

Que consultados los archivos de la Corporación, figura que la señora BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA, identificada con cedula de ciudadanía No. 41.474.057, fue funcionaria del Concejo de Bogotá, D.C., entre el 11 de octubre de 1993 al 30 de junio de 1999, en donde desempeñó el cargo de Auxiliar Administrativo código 550 grado salarial 02. En calidad de Empleado Público Distrital.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el 30 de agosto de 2012.

LUIS LEONARDO ASCENCIO MOZO
Director Administrativo y Financiero

Proyectó:

Oscar Vargas

Revisó:

H. Rojas M.



“UN CONCEJO COMPROMETIDO CON BOGOTÁ”
Calle 36 No. 28 A - 41 PBX. 2088210
www.concejodebogota.gov.co



GD-PR002-FO1

C E R T I F I C A C I O N

Nosotros, los abajo firmantes, por medio del presente escrito hacemos constar que BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA, identificada con la Cédula de Ciudadanía No.41.474.057 expedida en Bogotá, se encuentra trabajando en nuestras Oficinas como Secretaria de las mismas , desde hace más de once (11) años, tiempo en el cual se ha venido desempeñando con total y absoluta eficacia, cumpliendo estrictamente con sus deberes , y habiendo observado una honestidad a toda prueba.

Para constancia se expide la presente en Bogotá,D.E. a los veintidos días del mes de febrero de mil novecientos ochenta y nueve.

Atentamente,



ALBERTO PULIDO PINEDA

C.C.No.143.367 de Bogotá

T.P.No.1.683 de Minjusticia



SANTIAGO PULIDO PINEDA

C.C.No.2.927.226 de Bogotá.

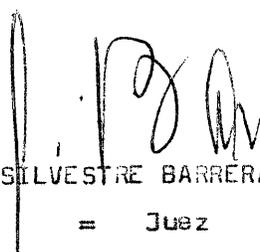
T.P.No.6.642 de Minjusticia

EL SUSCRITO JUEZ TREINTA Y OCHO PENAL MUNICIPAL DE BOGOTA D.E.

H A C E C O N S T A R :

Que la señora BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA, identificada con c.c.41'474.057 de Bogotá, Labró en este Juzgado a partir del primero de Febrero al 31 de marzo de Mil Novecientos ochenta y siete. - en el cargo de Escribiente I,

La anterior se expide Hoy veinticinco de octubre de Mil Novecientos ochenta y nueve a solicitud de la interesada.


SILVESTRE BARRERA SANCHEZ.
= Juez =



JUZGADO PROMISCO MUNICIPAL
SAN MIGUEL DE SEMA

LA SUSCRITA JUEZ PROMISCO MUNICIPAL DE SAN MIGUEL DE SEMA (Boy),

C E R T I F I C A :

QUE BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA, laboró en este despacho como AUXILIAR DE OFICINA JUDICIAL I, desde el día veinte de mayo de mil = novecientos sesenta y siete hasta el día treinta de mayo de mil novecientos = sesenta y ocho. Para constancia se expide la presente a los treinta (30) días del mes de noviembre de mil novecientos ochenta y nueve.

Claudia E. Zamudio
CLAUDIA ELIZABETH ZAMUDIO PUERTO
JUEZ PROMISCO MUNICIPAL.





Bogotá, D.C., 01 de Marzo de 2004

CERTIFICA:

Que el(la) señor(a) **BUITRAGO MURCIA BLANCA MARINA**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 41.474.057 de BOGOTA, D.C., laboró en calidad de trabajador asociado con la Cooperativa Integral de Trabajo Asociado para la Contratación Pública y Privada **CITACONT**, desempeñando el cargo de **RECEPCION ATENCION E INFORMACION A PUBLICO Y USUARIOS** en el **Hospital Pablo VI Bosa E.S.E.**, desde el 16 de Abril de 2003 hasta el 10 de Febrero de 2004, con una Compensación Total Mensual de **SEISCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE, (\$ 650.000.00)**.

La vinculación con **CITACONT** fue a través de un Acto Cooperativo a término indefinido.

La presente se expide a solicitud del interesado(a) a los Diez (10) días del mes de Febrero de 2004

Cordialmente,


RAFAEL GALVIS PINEDA
Gerente

CERTIFICACION

La suscrita Jefe de Recursos Humanos de la Cooperativa de Trabajo Asociado NUSIL C.T.A.

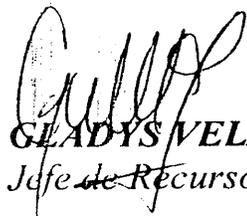
CERTIFICA

Que **BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía 41474057, estuvo vinculado(a) a la Cooperativa de Trabajo Asociado NUSIL C.T.A. desde el 1-Sep-2004 hasta el 30-Ene-2005.

Que entre **BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA** y la Cooperativa de Trabajo Asociado NUSIL C.T.A. existió un convenio de trabajo asociado en el que el Asociado se obligaba en forma especial a trabajar de acuerdo con las exigencias de LA COOPERATIVA, en función del contrato de prestación de servicios celebrado entre LA COOPERATIVA y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PABLO VI BOSA cuyo objeto es la prestación de servicios médicos y asociados.

Que el cargo que **BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA** desempeño en la Cooperativa de Trabajo Asociado NUSIL C.T.A. fue RECEPCION, ATENCIÓN E INFORMACION A PUBLICO Y USUARIOS devengando unos ingresos totales últimos de \$729.005.

La presente certificación se expide en la ciudad de Bogotá D. C., hoy Martes 1 de Febrero de 2005, por solicitud del Asociado.



GLADYS VELANDIA MORENO

Jefe de Recursos Humanos

NUSIL C.T.A.
NIT. 830111387-2



GESTION Y CALIDAD EFICIENTE CTA
Nuestro esfuerzo es nuestro bienestar

**EL SUSCRITO COORDINADOR DE PERSONAL DE LA
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO GESTION Y CALIDAD
EFICIENTE CTA.
NIT.830124998-9**

CERTIFICA:

Que el (la) señor (a) **BUITRAGO MURCIA BLANCA MARINA**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **41474057** estuvo vinculado (a) a la cooperativa desde el **1 de febrero de 2007 hasta el 21 de Julio de 2.009**, desarrollando la actividad de **RECEPCIONISTA** ; en el **HOSPITAL PABLO VI BOSA E.S.E.** bajo la modalidad contractual de Acuerdo de Trabajo Asociado por Autogestión.

Se expide la siguiente certificación a solicitud del interesado (a) a los 21 días del mes de Julio del año 2009.

Cordialmente,

LUZ EDITH CARVAJAL SAIZ
Coordinadora de Personal



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) BLANCA BUITRAGO MURCIA identificado(a) con CC 41474057 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios: 18/07/2003
IPS Cotizante: COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO 1 DE MAYO
Categoría: A
Estado: ACTIVO

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 16 días del mes de Diciembre del año 2014.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



EDILBERTO ESPINOSA RAMIREZ
CONSULTOR INTEGRAL JUNIOR
EPS FAMISANAR LTDA.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES

CERTIFICA QUE:

El Señor(a) **BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **41474057**, se encuentra afiliado(a) al Régimen de Prima Media con Prestación Definida, Administrado por COLPENSIONES desde el día 14/11/1975 y su estado es Activo Cotizante

La presente certificación se expide en BOGOTA, el 18/12/2014

GERENCIA NACIONAL DE SERVICIO AL CIUDADANO



MEDICINA OCUPACIONAL - AUDIOMETRÍA - OPTOMETRÍA - ESPIROMETRÍA - VALORACIÓN PSICOTÉCNICA - PSICOMETRÍA - LABORATORIO CLÍNICO - ASESORÍA OCUPACIONAL

Av. Carrera 30 No. 46-86 Teléfonos: 7444003 - Barrio Belalcazar - Bogotá D C
www.ocupacionaljb.com

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL



EXAMEN DE:	INGRESO	FECHA:	9/12/2013 10:32:53 AM	EMPRESA:	PARTICULAR
NOMBRE:	BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA	CEDULA:	41474057	CARGO:	CONTRATISTA

CONCEPTO APTITUD (No aplica para examen de retiro)

	SI		SI		SI
APTO	X	APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS		APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	
APTO PARA TRABAJAR COMO BRIGADISTA		APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS		APLAZADO	
NO APTO		PENDIENTE PARA CLINICOS		OTRO	
NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS		NO APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS		NO APTO PARA TRABAJAR COMO BRIGADISTA	
NO APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS		APTO CON RESTRICCIONES		APTO PARA TRABAJAR EN TEMPERATURAS ALTAS	
NO APTO PARA TRABAJAR EN TEMPERATURAS ALTAS		ESPECIFIQUE			

SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR/ASPIRANTE SE EVALUO EN LOS SIGUIENTES EXAMENES PARA CLINICOS

EXAMEN DE RETIRO (HAY SOSPECHA DE)

	SI	NO	ESPECIFIQUE CUAL?
ACCIDENTE DE TRABAJO			
ENFERMEDAD PROFESIONAL			
ACCIDENTE DE TRABAJO 2			
ACCIDENTE DE TRABAJO 3			
ENFERMEDAD COMUN AGRAVADA POR EL TRABAJO			

RECOMENDACIONES

1.	CONTROL Y MANEJO DE TENSION ARTERIAL EN EPS, DIETA BAJA ENSAL, CONTROL PERIODICO POR NUTRICION EN EPS, BAJAR DE PESO CON DIETA BAJA EN GRASAS, HARINAS, AZUCARES Y EJERCICIO CARDIOVASCULAR, USO DE CORRECCION VISUAL, CONTROL PERIODICO POR OPTOMETRIA EN EPS. ACTUALIZAR CORRECCION VISUAL EN USO EN EPS POR DESACTUALIZACION DE LA MISMA, USO DE MEDIAS DE COMPRESION GRADUADA PROFILACTICAS ANTIVARICES, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA, CONTROL PERIODICO.
2.	
3.	

Yo, BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA identificado(a) con C.C. No.41474057. Autorizo al medico abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el examen medico ocupacional y exámenes medicos complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el proposito, los beneficios, interpretación, limitaciones y riesgos del examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que le de JUAN BAUTISTA a la misma. Autorizo que suministre la información necesaria a las personas, entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional. Así mismo dejo constancia que recibí copia del certificado médico ocupacional.

ESTA CERTIFICACION SE EXPIDE CON BASE EN LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DEL PACIENTE EN LA FECHA. EL CONTENIDO DE LA HISTORIA CLINICA ES UN DOCUMENTO PRIVADO Y SOMETIDO A RESERVA DEL PRESTADOR DEL SERVICIO DE SALUD. SEGUN RESOLUCION DE SALUD, 2346 DEL M.S. RESOLUCION 1918 DEL 2009, EL DECRETO 2174 DEL 1996 Y LA LEY 80/89 DE M.S.

Médico Especialista	<i>Uldarico Martínez Orozco</i> MD Especialista Salud Ocupacional	Aspirante o Trabajador	<i>Blanca Marina Buitrago</i>
ICMEDICO JCMEDICO R.M. L.S.O.	1011641265 L.S.O.	BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA C.C. No.41474057	

FOR-PSI-02

131 X 13
24

 HOSPITAL PABLO VI BOSA Empresa Social del Estado	GTH-R05A-DI-FT-946	Página 1 de 1	 Secretaría SALUD ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ACCESO A LOS REGISTROS DE LOS COLABORADORES	Versión: 02	
		Fecha: 2014-04-07	

CC . 41.474.057

Yo **BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA** identificado como aparece al pie de mi firma, en calidad de contratista, autorizo al área de Talento Humano, líderes de proyecto, Gerencia y entes de control tanto internos como externos del Hospital Pablo VI Bosa para que tengan acceso a mis registros de carpeta de contratación con fines informativos y de verificación en el momento en que se requiera.



BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA

CC . 41.474.057



GFI-S06A-DI-FT-428

Página 1 de 1

**CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD
PRESUPUESTAL**

Versión: 06

Fecha: 2009-06-25



UNIDAD FUNCIONAL FINANCIERA
CENTRO DE COSTOS PRESUPUESTO

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

No. 202

INSTITUCION HOSPITAL PABLO VI BOSA E.S.E.

FECHA 02/01/2015

COORDINADOR DE PRESUPUESTO

CERTIFICA:

Que en la fecha los registros de Ejecución Presupuestal muestran el siguiente saldo de apropiación:

Unid. Ejec.	Sub.	Cta. Grp	Cta. May	Cta. Sub.	Sub. Aux.	Nombre de Saldo Subaux. Aux.	Grupo Ord.	Ord.	Cuenta
3110204						REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS			

Se expide este certificado a solicitud del interesado:

NOMBRE: HENRY ARTURO HURTADO MOSQUERA

CARGO: Profesional Especializado Área Financiera

Para respaldar el siguiente compromiso: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA C.C.

OPS 223

41474057

POR UN VALOR DE \$ 1.040.000

Sobre esta misma apropiación se han expedido a la fecha Certificados de Disponibilidad para compromisos por un Valor Acumulado Total de \$ 193.484.000

los cuales no han sido reservados ni anulados.

DISPONIBILIDAD NETA:\$ 2.605.476.000

Vigencia de este certificado:(60) días calendario a partir de su expedición.

Original
Firmado Por
Henry Arturo Hurtado Mosquera
Prof. Especializado Financiera


COORDINADOR(A) PRESUPUESTO

PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA FINANCIERA

	GTH-R05A-DI-FT-541	Página 1	
	MINUTA ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión: 03 Fecha: 2014-26-12	

ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS No.223

OBJETO:	: PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL PROCESO DE DIRECCIONAMIENTO DEL HOSPITAL PABLO VI BOSA E.S.E. PARA LA OFICINA ADMINISTRATIVA ENCARGADA	
CONTRATANTE:	HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL E.S.E.	
CONTRATISTA:	BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA	
CÉDULA:	41.474.057	
VALOR TOTAL:	\$ 1.040.000	
DURACION:	A partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución y hasta 31/01/2015 o hasta agotar la reserva presupuestal.	

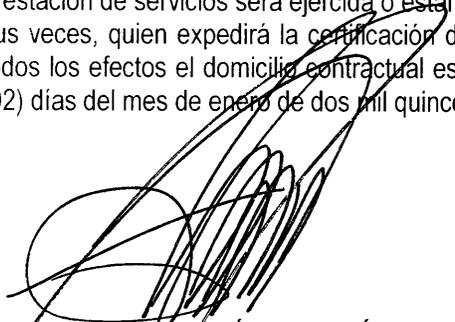
Entre los suscritos a saber, **GLORIA LIBIA POLANÍA AGUILLÓN**, domiciliada y residente en esta ciudad, identificada con la cédula de ciudadanía número 51.921.553 de Bogotá, actuando en nombre y representación de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL**, en calidad de Gerente, nombrada mediante Decreto No. 214 de 08 de mayo de 2012 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 **BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA**, mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de la firma, quien en adelante se denomina el CONTRATISTA, En ejercicio de la autonomía de la voluntad y con pleno consentimiento hemos acordado celebrar 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 conforme al Acuerdo 000 de 2001 – Manual de Contratación Hospital Pablo VI Bosa ESE, sus acuerdos modificatorios y demás normas que regula el Derecho Privado y **CONSIDERANDO:** a) Que a fin de dar cumplimiento en forma integral, oportuna, eficiente y continua a la prestación de servicio de salud, en el Hospital Pablo VI Bosa I Nivel E.S.E. y de acuerdo a los parámetros establecidos mediante circular de la misma Contraloría General de la Nación respecto de la nacionalización y control fiscal en los contratos de prestación de servicios, existe certificación del Líder de Proyecto Unidad Funcional de Talento Humano de la ausencia y/o insuficiencia de personal en la planta de la ESE para el cumplimiento de los procesos, subprocesos, proyectos y actividades establecidas en la institución. b) Que existe soporte del área responsable donde justifica la necesidad de un recurso humano para la prestación del servicio requerido en la ESE. c) Que existe constancia sobre de la idoneidad y capacidad del contratista, para ejecutar el presente contrato, de conformidad con los documentos presentados como soporte de la hoja de vida por parte del contratista.; Que por lo expuesto es necesario contratar el desarrollo de actividades indicadas a continuación bajo los parámetros desarrollados en el presente texto jurídico: **CLÁUSULA: PRIMERA.- OBJETO:** : PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL PROCESO DE DIRECCIONAMIENTO DEL HOSPITAL PABLO VI BOSA E.S.E. PARA LA OFICINA ADMINISTRATIVA ENCARGADA **SEGUNDA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** EL CONTRATISTA se obliga para con el HOSPITAL a realizar las siguientes actividades: **Generales.** Desarrollar las actividades de gestión telefónica que permita la adecuada comunicación a nivel interno y externo de la Institución garantizando la calidad y oportunidad de la misma.. **Específicas.** 1. Recepcionar y trasladar las llamadas externas (institucionales, sociales, usuarios) e internas que requieran la comunicación con los colaboradores del Hospital e información específica sobre alguna área. 2. Informar y orientar telefónicamente de manera adecuada a las personas que le requieran la información general sobre la institución (horarios de atención, prestación de servicios, etc). 3. Manejar el conmutador institucional, garantizando su adecuado funcionamiento. 4. Registrar en el libro institucional correspondiente a las llamadas internas y externas recibidas con los datos necesarios para su control. 5. Recepcionar y responder por los mensajes telefónicos externos e internos dirigidos por y a los colaboradores del Hospital. 6. Elaborar el informe sobre el registro de las llamadas recibidas y presentarlo oportunamente a la Coordinación del área de Recursos Físicos en el periodo estipulado. 7. Diligenciar de manera clara, completa y oportuna los instrumentos de registro de información que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad. 8. Coadyuvar al cumplimiento del plan de gestión institucional a través del cumplimiento de las metas contractuales establecidas en los planes y proyectos en el área asignada. 9. Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad. 10. Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental, residuos hospitalarios, manual de higiene y seguridad industrial, programa de salud ocupacional, planes de emergencia para proteger la salud aplicando las técnicas de Bioseguridad. 11. Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones. 12. Desarrollar las demás actividades que le sean asignadas y afines al objeto institucional requerido.. Además de las anteriores y sin perjuicio de su autonomía deberá el contratista tendrá las siguientes: **a)** Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la ESE 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. En caso de incurrir el Contratista por su culpa, a juicio del HOSPITAL, en extravió, pérdida, destrucción o daño no proveniente del

uso normal, de materiales, equipos, elementos y en general de cualquier bien que el HOSPITAL le haya prestado para el desarrollo del objeto contractual pagará a este el valor del respectivo bien al precio registrado en los libros contables de la Entidad, si no hubiere pago del seguro ó lo pagado no alcanzare a cubrir el valor en libros. Si el Contratista no efectuare el correspondiente pago antes del acta de liquidación, el HOSPITAL queda autorizado para deducir de los saldos pendientes a favor del Contratista las correspondientes sumas. **c)** Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social durante la ejecución de la presente orden de prestación de servicios sobre los montos legales establecidos y dentro de los diez (10) primeros días calendarios de cada mes. **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)** Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico. **g)** Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Bueno Gobierno y Ética Institucional. **h)** Aplicar las políticas de Calidad de la Institución y participar activamente en el Proceso de Certificación y Acreditación. **i)** Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios, manual de higiene y seguridad industrial, programa de salud ocupacional, planes de emergencia Institucionales. Es obligación del contratista hacer uso eficiente de los insumos puestos a su disposición, así como de los recursos agua y energía, El contratista contribuirá con el reciclaje y la gestión ambiental de la entidad, promoviendo de esta manera hábitos que coadyuven a evitar la contaminación y la sobreexplotación de recursos. **j)** Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos y directrices internas. **k)** Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales. **l)** El contratista se compromete a cumplir con la política de seguridad del Hospital y todos los lineamientos establecidos por la misma, participando activamente en las reuniones y demás actividades que le sean requeridas, en desarrollo de la gestión de los eventos adversos e incidentes que se presenten en la institución y en los procedimientos establecidos por el Programa de Seguridad del Paciente. **m)** Preparar y presentar los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley de tal manera que se garantice la veracidad de la misma. **n)** Asistir y aprobar las capacitaciones presenciales y virtuales programadas por la Institución y por las entidades contratantes del Hospital. **o)** En caso de ser designado supervisor de un contrato, realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico enmendado, respondiendo fiscal, disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que ello conlleve. **p)** EL (la) CONTRATISTA autoriza con la firma del presente Contrato el descuento de los valores que se generen por glosas definitivas no subsanables aplicadas en contra de la ESE y con ocasión del desarrollo de sus actividades. . **q)** Desempeñar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que le sean asignadas por el supervisor o por el Representante Legal del HOSPITAL. **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 Laborales A.R.L., se procurará que sea la misma en la que se encuentra afiliado el Hospital con el propósito de garantizar el programa de salud ocupacional. **TERCERA.- VALOR:** El valor total de la presente orden de prestación de servicios para todos sus efectos se fija en la suma de UN MILLON CUARENTA MIL PESOS M/CTE (\$ 1.040.000) **CUARTA- FORMA DE PAGO:** El Hospital Pablo VI Bosa E.S.E. I Nivel de Atención cancelará el valor total de la orden de prestación de servicios a suscribir, a título de honorarios, por mensualidades vencidas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor 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 Supervisor. 2. Certificación de que se hayan realizado los respectivos pagos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales del respectivo mes. Si EL CONTRATISTA pertenece al RÉGIMEN COMÚN deberá presentar para cada uno de los pagos la correspondiente factura. **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 - I.V.A., esta última cuando el contratista pertenezca al régimen común y las demás que establezca o cree la ley. 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 del cumplimiento de los requisitos de ejecución y hasta 31/01/2015 o hasta agotar la reserva presupuestal. **SEXTA: TERMINACION ANTICIPADA:** En el evento en que el Contratista requiera la terminación anticipada del Contrato, deberá solicitarla con una antelación mínima de diez (10) días hábiles al supervisor del contrato, quien evaluará la solicitud, sobre la base que no se afecte la Prestación del Servicio. El Hospital Pablo VI Bosa I Nivel E. S. E., podrá terminar anticipadamente la presente orden de prestación de servicios en cualquier momento por necesidades del servicio; terminación del proyecto, incumplimiento del contratista o culminación de actividades para la cual estaba contratado, por lo tanto no habrá lugar a indemnizaciones. **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, insumos e información necesarios que requiera el CONTRATISTA para el cumplimiento de sus actividades. **OCTAVA – CLAUSULA CONTRA EVASIÓN:** De conformidad con lo dispuesto en la Ley 828 de 2003, el CONTRATISTA tendrá como obligación el cumplimiento de sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral, parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF) por lo cual, el incumplimiento de



esta obligación será causal para la imposición de multas sucesivas iguales al valor dejado de pagar, hasta tanto se dé el cumplimiento, previa verificación de la mora mediante liquidación efectuada por la entidad administradora. Cuando durante la ejecución del contrato o a la fecha de su liquidación se observe la persistencia de este incumplimiento, se aplicará a la cláusula excepcional de caducidad administrativa. **NOVENA.- 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. **DECIMA.- SUSPENSIÓN:** Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobado se podrá suspender temporalmente la ejecución de la presente orden de prestación de servicios de común acuerdo entre las partes mediante la suscripción de un acta, en la que conste la causa de la misma y previamente avalada por el supervisor. **PARAGRAFO SEGUNDA.** El término de la suspensión no podrá ser computable para efectos del plazo extintivo, ni dará derecho a exigir indemnización alguna o a reclamar honorarios diferentes a los causados a la fecha de la suspensión. **PARAGRAFO PRIMERO:** -La suspensión de actividades sin previo aviso o visto bueno del supervisor dará lugar a la terminación anticipada del Contrato **DECIMA PRIMERA.- GARANTÍAS:** Si el CONTRATISTA desarrolla actividades en el área administrativa como (Asesores, Líder de Adquisiciones, Referente de Almacén, Profesional de Presupuesto, Técnico Administrativo de Tesorería, Profesional de Cartera y Glosas, Abogado de Procesos Judiciales Externos, Abogado de Procesos Disciplinarios, Químico Farmacéutico, Regente de Farmacia, Profesional de Activos Fijos, Referente de Mantenimiento, Conductores de Ambulancia y Auxiliares Operativos) deberán constituir una POLIZA DE GARANTIA DE CUMPLIMIENTO que ampare las obligaciones contenidas en la cláusula segunda de la presente orden, por cuantía equivalente al 20% 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. Estas se adicionarán y/o prorrogarán y/o modificarán de conformidad con la orden de prestación de servicios. **DÉCIMA PRIMERA.- CLAUSULA PENAL PECUNIARIA:** En caso de incumplimiento total o parcial de las obligaciones por parte del CONTRATISTA este pagará al Hospital Pablo VI Bosa I Nivel E.S.E. a título de cláusula penal, una suma equivalente al veinte por ciento (20%) del valor total de la orden de prestación de servicios, que se imputará como indemnización de perjuicios que se causen por el incumplimiento. **DECIMA SEGUNDA - CLAUSULA COMPROMISORIA :** Las diferencias que ocurran entre las partes en la celebración, ejecución, desarrollo, terminación o liquidación del presente contrato serán resueltas a través de los mecanismos alternativos de solución de conflictos previstos en la ley, tales como transacción, conciliación, amigable composición o arbitramento. **DECIMA TERCERA.- 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 CUARTA - LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO:** El presente contrato quedara liquidado en forma automática cuando se ejecute totalmente el valor contratado, para lo cual deberá existir informe técnico, administrativo y financiero del supervisor del contrato con las respectivas órdenes de pago que así lo soporte y la presentación de los Paz y Salvos de Inventarios expedido por la Coordinación de Activos Fijos y de Archivo sobre la devolución de bienes y documentos a su cargo y el Paz y Salvo de Facturación para proceder con el último pago de los honorarios, al finalizar el contrato o cualquiera de sus adiciones. No obstante en caso de existir saldo a reversar procederá la respectiva liquidación de mutuo acuerdo o unilateralmente. Si dentro de los cuatro (4) meses o en el termino indicado en la ley, siguientes a la terminación y/o proyección del acta que da por terminado el contrato; el CONTRATISTA no se presentare a la suscripción de la misma o no llegaren las partes a un acuerdo sobre su contenido; la administración procederá mediante acto administrativo motivado, el cual es susceptible del recurso de reposición, a liquidar el mismo. **DÉCIMA QUINTA.- DOCUMENTOS DE LA ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS:** Forman parte integral de la presente orden de prestación de servicios los siguientes documentos: a) Formato de requerimiento debidamente diligenciado. b) Afiliación al fondo de Pensiones y Administradora de Riesgos Laborales A.R.L. c) Afiliación a una Entidad Promotora de Salud, d) Certificado de disponibilidad presupuestal. e) Fotocopia del Registro Único Tributario – R.U.T. f) Todos los demás documentos que sirvan de fundamento para su ejecución. **DÉCIMA SEXTA.- CAUSALES DE TERMINACION DE LA ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS:** a) Por terminación del plazo de ejecución, b) Por mutuo acuerdo entre las partes, c) Por muerte del contratista, d) Por incumplimiento de las obligaciones generales y especiales del contratista especificadas en la cláusula segunda, sin que por esto medie pago de honorarios ni indemnización alguna por parte del Hospital. e) Por mutuo acuerdo de las partes. f) Por razones de fuerza mayor o caso fortuito no atribuibles a las partes. g) Por imposibilidad del Contratista para ejercer la profesión u oficio. h) Por orden de autoridad competente. **DÉCIMA SEPTIMA.- SOLUCION DE CONFLICTOS Y CLAUSULAS EXORBITANTES** Ante cualquier conflicto o desacuerdo presentado entre las partes, las mismas acudirán inicialmente a los Mecanismos Alternativos de Solución de Conflictos establecidos en la Ley. De igual manera y en cuanto a la CADUCIDAD, INTERPRETACION UNILATERAL, MODIFICACION UNILATERAL Y TERMINACION UNILATERAL, la presente Orden de Prestación de Servicios se regirá por los preceptos contemplados en los Artículos 15, 16, 17 y 18 de la ley 80 de 1993. **DECIMA OCTAVA – CONFIDENCIALIDAD:** Toda la información que intercambien las partes en desarrollo del contrato que las une es de carácter reservado. **EL CONTRATISTA** se compromete a guardar la más estricta reserva sobre la información de **EL HOSPITAL** y la personal de sus colaboradores, directivos, etc. a que tenga acceso en razón del presente contrato y a no divulgar a terceros o a usar para propósitos distintos del cumplimiento del objeto de este contrato, toda o cualquier parte de la información de **EL HOSPITAL** a que tenga acceso en razón de este Contrato, o que haya sido recibida o averiguada por **EL CONTRATISTA** directa o indirectamente de **EL HOSPITAL**, o de sus colaboradores, directivos, etc., otros contratistas o consultores, contratantes u originada de otra manera y adquirida por **EL**

CONTRATISTA, en conexión con o como resultado de la realización de servicios objeto de este contrato. Es objeto especial de este acuerdo de confidencialidad la información de propiedad del Hospital entre otros, pero sin limitarse estos a los medios escritos, magnéticos, Internet, informes, actas, etc., los cuales no podrán ser revelados, copiados, reenviados, retirados del Hospital. La violación de este acuerdo de confidencialidad a juicio de la empresa, será considerada falta grave y causal de terminación contractual con justa causa imputable a **EL CONTRATISTA. DECIMA NOVENA – INDEMNIDAD:** El Contratista mantendrá indemne al HOSPITAL contra todo reclamo, demanda, acción legal y costo que pueda causarse o surgir por daños o lesiones a personas o propiedades de terceros, ocasionados por el Contratista en la ejecución del objeto y las obligaciones contractuales. En caso de que se entable un reclamo, demanda o acción legal contra el HOSPITAL, por asuntos que según el Contrato sean de responsabilidad del Contratista, éste será notificado lo más pronto posible para que por su cuenta adopte oportunamente las medidas previstas por la ley para mantener indemne al HOSPITAL. El Contratista será responsable de todos los daños causados al HOSPITAL, ocasionados por su culpa y le reconocerá y pagará el valor de tales daños o procederá a repararlos debidamente a satisfacción del HOSPITAL. Todo lo anterior en cumplimiento del artículo 6 del Decreto 4828 de 2008. **VIGESIMA. 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. **VIGÉSIMA PRIMERA.- 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 202 del 02 Enero 2015 —3110204-REMUNERACION DE SERVICIOS TECNICOS Vigencia 2015, expedido por la Coordinación del presupuesto del Hospital Pablo VI Bosa I Nivel E.S.E.. **VIGÉSIMA SEGUNDA - PERFECCIONAMIENTO:** La presente orden de prestación de servicios se perfeccionará con la firma de las partes. **VIGESIMA TERCERA: SUPERVISION:** La Supervisión de la orden de prestación de servicios será ejercida o estará a cargo del SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA o quien haga sus veces, quien expedirá la certificación de cumplimiento de las obligaciones. **VIGÉSIMA CUARTA.- DOMICILIO:** Para todos los efectos el domicilio contractual es la ciudad de Bogotá, D.C. Para constancia se firma en Bogotá D.C. a los dos (02) días del mes de enero de dos mil quince (2015).



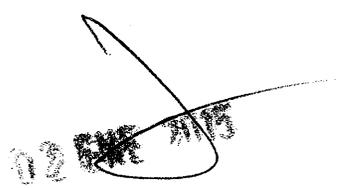
GLORIA LIBIA POLANÍA AGUILLÓN
GERENTE

Proyectó: Oficina Talento Humano – O.P.S./LZM - Revisó: MLN

pp



BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA
C.C. 41.474.057
CONTRATISTA



02 ~~ENE~~ 2015



GFI-S06A-DI-FT-429

Página 1 de 1

CERTIFICADO DE RESERVA PRESUPUESTAL

Versión: 05

Fecha: 2009-06-25



No.213 de 2015

CODIGO 3110204

RUBRO REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS

C. D. P. No 202 del 02/01/2015

VALOR: \$ 1.040.000

CONTRATO: ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS No, 223 AÑO 2015

A NOMBRE DE: BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA
C.C. 41474057

OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS

Se expide en Bogotá, D.C., 02/01/2015


COORDINADOR DE PRESUPUESTO

	GTH-R05A-DI-FT-644	Página 1 de 1	
	NOTIFICACION SUPERVISION DE OPS	Versión: 03	
		Fecha: 2014-12-26	

Bogotá D.C., 02 de ENERO de 2015

Doctor (a)
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
 E. S. D.

Respetado(a) Dr. (a):

De la manera más atenta me permito informarle que el **HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** ha celebrado orden de prestación de servicios para el Hospital con **BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA** identificado (a) con **C.C. 41.474.057**, mediante orden de prestación de servicios **No. 223**, igualmente que dicha O.P.S. está 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.

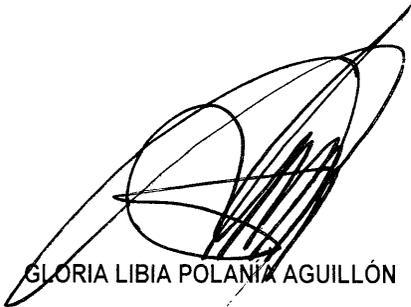
Por lo tanto y de conformidad con las actividades asignadas a su cargo ha sido designado (a) como supervisor de la orden de prestación de servicios en cuestión, para lo cual deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

- 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.- Comprobar el cumplimiento de las normas técnicas, profesionales o específicas sobre la materia objeto de contrato.
- 4.- Ejercer el control de calidad del objeto contratado, exigiendo el cumplimiento de normas, especificaciones, procedimientos y demás condiciones contratadas.
- 5.- Formular las recomendaciones que fueren del caso, tendientes a la debida ejecución contractual.
- 6.- Informar a la Unidad Funcional de OPS oportunamente y a las demás áreas competentes cuando se produjeran incumplimientos parciales o totales de las obligaciones derivadas del contrato o de mala calidad de los servicios contratados.
- 7.- Emitir conceptos sobre adiciones, solicitudes y reclamaciones presentadas por el contratista y tramitar cuando sea el caso las correspondientes disponibilidades presupuestales cuando quiera que se haga necesario realizar adiciones en valor.
- 8.- Expedir las certificaciones relacionadas con la ejecución del contrato correspondiente dentro de la ejecución del contrato y dar respuesta oportuna a las peticiones del Contratista.
- 9.- Exigir y verificar la presentación mensual de pago de aportes parafiscales en los casos que el contratista sea persona jurídica: o el pago a los correspondiente a los aportes a los sistemas de seguridad social y a Sistema General de Pensiones.
- 10.- De acuerdo con lo establecido en la Resolución Reglamentaria No. 047 del 23 de noviembre de 2004, deberá comunicar a la Contraloría de Bogotá, aquellas situaciones que conozca en ejercicio de sus actividades que pueda poner en riesgo el patrimonio público ó hayan causado detrimento patrimonial a la entidad contratante. Para tales efectos, deberá comunicar la existencia de estas situaciones de manera inmediata al organismo de control fiscal.
- 11.- Certificación a la Gerencia del Hospital, 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 y/o adiciones en caso de ser concertadas.
- 12.- Las demás que se requieran para procurar la debida, cumplida y oportuna ejecución del objeto contractual o se encuentren dentro del Manual de Interventoría de la institución.

PARÁGRAFO: Se aclara al señor(a) supervisor (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.

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

Cordialmente,


GLORIA LIBIA POLANÍA AGUILLÓN
 Gerente

PP

Recibí
MLN



GFI-S06A-DI-FT-428

Página 1 de 1

**CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD
PRESUPUESTAL**

Versión: 06

Fecha: 2009-06-25



UNIDAD FUNCIONAL FINANCIERA
CENTRO DE COSTOS PRESUPUESTO

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

No. 2958

INSTITUCION HOSPITAL PABLO VI BOSA E. S. E.

FECHA 30/01/2015

COORDINADOR DE PRESUPUESTO

CERTIFICA:

Que en la fecha los registros de Ejecución Presupuestal muestran el siguiente saldo de apropiación:

Unid. Ejec.	Sub.	Cta. Grp	Cta. May	Cta. Sub. Aux.	Nombre de Subaux.	Saldo Aux.	Grupo Ord.	Cuenta Ord.
3110204					REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS			

Se expide este certificado a solicitud del interesado:

NOMBRE: HENRY ARTURO HURTADO MOSQUERA

CARGO: Profesional Especializado Área Financiera

Para respaldar el siguiente compromiso: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA CC 41474057
OPS 223

POR UN VALOR DE \$ 2.080.000

Sobre esta misma apropiación se han expedido a la fecha Certificados de Disponibilidad para compromisos por un Valor Acumulado Total de \$ 663.562.334 los cuales no han sido reservados ni anulados.

DISPONIBILIDAD NETA:\$ 2.134.357.666

Vigencia de este certificado:(60) días calendario a partir de su expedición.

COORDINADOR(A) PRESUPUESTO

Original
Firmado Por
Henry Arturo Hurtado Mosquera

PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA FINANCIERA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

ADICION Y PRORROGA A LA ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS NO. 223

NUMERO: 0_ DE 2015
 OBJETO: Adicionar en valor y prorrogar término de ejecución de la orden de prestación de servicios No. 223 de 2015
 CONTRATANTE: HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL E.S.E.
 CONTRATISTA: BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA
 IDENTIFICACION: 41.474.057
 ACTIVIDAD: AUXILIAR ADMINISTRATIVO
 VALOR ADICION: \$ 2.080.000
 PLAZO: Hasta el 31/03/2015 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 I NIVEL** con NIT. 800.219.600- 3, en calidad de Gerente, nombrada mediante Decreto 214 de 08 de mayo de 2012 y como tal facultada para celebrar el presente acto por el Acuerdo 017 del 10 de Diciembre de 1997 y el Estatuto de Contratación del Hospital Pablo VI Bosa I Nivel E.S.E., quien para efectos de la presente se denominará **EL HOSPITAL** por una parte, y por la otra **BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA**, también mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía número No. **41.474.057**, 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. **223** de 2015 cuyo objeto es: "Prestación de servicios como **AUXILIAR ADMINISTRATIVO** en el Hospital Pablo VI de Bosa de acuerdo a las necesidades del Hospital en las diferentes areas". **SEGUNDA.-** Que existe la necesidad de adicionar en valor y 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 del Hospital Pablo VI Bosa I Nivel E.S.E 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. **223** de 2015, en la suma de **DOS MILLONES OCHENTA MIL PESOS M/CTE (\$ 2.080.000)**, que serán cancelados al contratista en las mismas condiciones que la orden principal.

SEGUNDA: PRORROGAR EN PLAZO la orden principal No.223 de 2015, hasta el 31/ 03/2015 o hasta agotar la reserva presupuestal.

TERCERA: ADICIONAR la cláusula segunda en las obligaciones del contratista, numeral c en cuanto a 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 y dentro de los primeros diez (10) días calendarios de cada mes, si a ello hubiere lugar.

CUARTA: IMPUTACION PRESUPUESTAL: El gasto que ocasione la presente adición se hará con cargo al C.D.P. No. **2958** del **30/01/2015**, Rubro **3110204- REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS- VIGENCIA 2015**

QUINTA: 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 diez (10) días hábiles siguientes a la suscripción de la presente, si a ello hubiere lugar.

SEXTA: PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION. La presente Adición y Prórroga se perfecciona con la suscripción del mismo y para su ejecución se requiere el registro presupuestal definitivo.

SEPTIMA: VIGENCIA DE LAS ESTIPULACIONES. Todas las cláusulas y estipulaciones contractuales de la orden principal No. **223** de 2015, 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 enero del año dos mil quince (2015)

GLORIA LIBIA POLANÍA AGUILLÓN
 MURCIA
 HOSPITAL

BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO
 MURCIA
 CONTRATISTA

Proyectó: Oficina Talento Humano O.P.S – LZM - Revisó: MLN

Carrera 771 Bis No 69B - 76 Sur
 Barrio Pablo VI Bosa
 PBX: 7799800
 www.hospitalpablovibosa.gov.co
 correspondencia@hospitalpablovibosa.gov.co





GFI-S06A-DI-FT-429

Página 1 de 1

CERTIFICADO DE RESERVA PRESUPUESTAL

Versión: 05

Fecha: 2009-06-25



No.2870 de 2015

CODIGO 3110204

RUBRO REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS

C. D. P. No 2958 del 30/01/2015

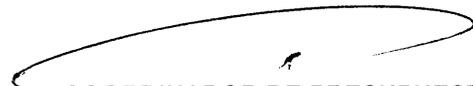
VALOR: \$ 2.080.000

CONTRATO: ADICION Y PRORROGA A LA ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS No, 223 AÑO 2015

A NOMBRE DE: BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA
CC 41474057

OBJETO: ADICIONAR EN VALOR Y PRORROGAR TERMINO DE EJECUCION DE LA ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS

Se expide en Bogotá, D.C., 30/01/2015


COORDINADOR DE PRESUPUESTO



GTH-R05A-DI-FT- 562

Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN DE PAGO DEL SUPERVISOR AL CONTRATISTA

Versión: 03

Fecha: 2014-12-26



EL (LA) SUSCRITO (A) SUPERVISOR(A)

HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICA QUE:

NOMBRE DE CONTRATISTA BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA IDENTIFICADO (A) CON C.C 41,474,057

No. ORDEN (Favor relacionar Orden principal y Adiciones en caso que aplique) 223 /

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

Del ENERO 02 DE 2015 AI 31 DE ENERO DE 2015

CUMPLIO A SATISFACCION CON EL OBJETO CONTRACTUAL? SI NO

***NOVEDADES: _____
_____ OMA

Cordialmente,

FIRMA DEL SUPERVISOR: *Alma Axira Ampudia Arriaga*

NOMBRE SUPERVISOR: ALMA AXIRA AMPUDIA ARRIAGA

CARGO O ACTIVIDAD : SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

***Novedades: Hace referencia a las situaciones que afectan el desarrollo de las actividades tales como: suspensiones, reinicio de OPS, rotación de sitio de actividades, incapacidades, disminución o aumento de tiempo contratado, terminación anticipada u otras novedades afines que se puedan presentar durante el desarrollo del objeto contractual.

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

NUMERO DE CONTRATO Y/U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS: 223 de 2015

NOMBRE CONTRATISTA: BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA

OBJETO CONTRACTUAL: Desarrollar las funciones de gestión telefónica que permita la adecuada comunicación a nivel interno y externo de la institución garantizando la calidad y oportunidad de la misma.

INFORME DE ACTIVIDADES: DE 2 de Enero de 2015 A 31 de Enero de 2015

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	Recepcionar y trasladar las llamadas externas (Institucionales, sociales, usuarios) e internas que requieran la comunicación con los colaboradores del Hospital e información específica sobre alguna área		Se recepcionaron las llamadas externas e internas de acuerdo a como ingresaron en el conmutador
2	Informar y orientar telefónicamente de manera adecuada a las personas que le requieran información general sobre la institución (horarios de atención, prestación de servicios etc)		La información que fue solicitada por este medio se respondió y se direcciono de acuerdo con los protocolos establecidos
3	Manejar el conmutador institucional, garantizando su adecuado funcionamiento.		Durante el periodo no se presento ningún inconveniente con el conmutador, ni se reporto daño alguno del mismo
4	Registrar en el libro institucional correspondiente las llamadas internas y externas recibidas con los datos necesarios para su control		Se realizo el registro en el libro de las correspondientes llamadas interna y externas para el respectivo control
5	Recepcionar y responder por los mensajes telefónicos externos e internos dirigidos por y a los colaboradores del Hospital.		Se recepcionaron los mensajes y se distribuyeron de acuerdo a los colaboradores que fueron solicitados
6	Elaborar el informe sobre el registro de las llamadas recibidas y presentarlo oportunamente a la coordinación del área de Recursos Físicos, el período estipulado		Se elaboro el registro respectivo de las llamadas recibidas oportunamente
7	Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos de registro de información, que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad.		Se elaboraron de manera clara y oportuna los instrumentos de registro de información
8	Coadyuvar a cumplimiento del plan de gestión institucional, a través del cumplimiento de las metas contractuales y establecidas en los planes y proyectos en el área ^{asignada}		Se realizaron las actividades necesarias para colaborar con el cumplimiento de metas y proyectos del área asignada
9	Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por lo elementos dados a su responsabilidad		Se realiza con efectividad y cuidado del patrimonio institucional que esta bajo mi responsabilidad
10	Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental, residuos hospitalarios, manual de higiene y seguridad industrial, programa de salud ocupacional, planes de emergencia, para proteger la salud en el trabajo aplicando técnicas de		Se generaron y aplican las normas de gestión ambiental de acuerdo con las capacitaciones recibidas
11	Formular ejecutarias acciones preventivas y / o correctivas, y / o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones		Se realizaron los correctivos necesarios para colaborar con el cumplimiento de metas y proyectos del área asignada
12	Desarrollar las demás actividades que le sean asignadas y afines al objeto institucional requerido.		Se desarrollaron las demás actividades que se solicitaron

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

NUMERO DE CONTRATO Y/U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS: 223 de 2015

NOMBRE CONTRATISTA BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA

Desarrollar las funciones de gestion telefonica que permita la adecuada comunicacion a nivel interno y externo de la institucion garantizando la calidad y oportunidad de la misma.

OBJETO CONTRACTUAL

INFORME DE ACTIVIDADES: DE 2 de Enero de 2015 a 31 de Enero de 2015

<p>Desarrollar las demás actividades afines al objeto institucional requerido. Además de las anteriores el contratista tendrá las siguientes: a) Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdo, Resoluciones o cualquier acto de autoridad Nacional o distrial vigentes que tengan relacion con la ejecucion del objeto de la presente orden de prestacion de servicios. b - Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos o bienes muebles e inmuebles del Hospital entregados para la ejecucion de las actividades propias del objeto de la presente orden de la prestacion de servicios. c) Pagar sus aportes de salud, pensión y riesgos profesionales durante la ejecucion de la presente orden de prestación de servicios sobre los montos legales establecidos.</p> <p>d - Dar cumplimiento a las guias de manejo, planes de mejoramiento, proceso y procedimientos institucionales.</p> <p>e - Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones contenidas en la clausula segunda de la presente orden de prestación de servicios.</p> <p>f.- Abstenerse de divulgar la informacion almacenada en algun medio o dispositivo de cualquier tipo que pertenezca o utilice a la institucion sin el consentimiento de las autoridades de la institucion.</p>		<p>Las actividades se desarrollaron dentro del marco y la normatividad establecida, se entrega las copia de pago de los soportes de (salud pensión y ARP) correspondientes.</p>
---	--	---


Nombre y Firma del Contratista


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


Firma Supervisor

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

Bogotá, Enero de 2015

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

CERTIFICACIÓN

Yo BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía NO. 41.474.057 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. 223 de 2015 materia de pago sujeto de retención, de acuerdo al siguiente detalle:

No.OPS	INGRESO MENSUAL	INGRESO BASE DE COTIZACION	APORTE SALUD	APORTE PENSION	APORTE ARL	No. PLANILLA MES: Enero
223	\$1.040.000	\$616.000	\$77.000	\$98.600	\$3.216	No 840757742
			Intereses	Intereses	Intereses	
			\$	\$		
			Total	Total	Total	
			\$77.000	\$98.600	\$3.216	

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

Atentamente,


BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA
C.C. No. 41.474.057 Expedida en Bogotá

COLSUBSIDIO
ROMA

DOCUMENTO SOPORTE

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
 NIT : 900.097.333-9
 CODIGO : 20596
 FORMULA : 8831936292

Código Descripción Cant Valor
 693927 RECAUDO PLA 1 178816
 178816

DOCUMENTO



1501060010634828
 CONSECUTIVO: 001

ENE 06, 15 13:49

06/Ene/2015 13:49 4500 10 0153 3970918
 (COPIA CLIENTE)

PAGOSIMPLE

Prefectura

2015-01-06, 01:04:09 PM Tipo Planilla: 1: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: enero de 2015 Periodo Servicio: enero de 2015

Número Planilla: 8840757142

Referencia pago (PIN): 8831936292

GUARDADA 10/12/2014

BUITRAGO		Dirección	TRA 5 ESTE 15A 32
		Teléfono	3102120091
		Forma Presentación	UNICO
		Departamento	BOGOTA D.C.
ICA MARINA		Identificación	CC41474057
		Total Afiliados	1

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

COPENSIONES	Pensiones		Salud		Riesgos		Cajas		Parafiscales		Total
	Administradora Pensiones	IBC Pensiones	Administradora Salud	IBC Salud	Administradora Riesgos	IBC Riesgos	Administradora Cajas	IBC Cajas	Administradora Parafiscales	IBC Parafiscales	
0	0	\$ 616,000	0	\$ 616,000	0	\$ 616,000	0	\$ 0	0	\$ 0	\$ 1,232,000

IBC Pensiones	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pension	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes SENA	Aportes ICDF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades Licencias Saldo	Incapacidades Apr	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
\$ 616,000	\$ 616,000	\$ 0	\$ 98,800	\$ 0	\$ 77,000	\$ 3,216	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1,78,816	\$ 0	\$ 1,78,816

IV. INFORMACION											
Día hábil de pago sin mora											
9											
Periodo de cotización salud											
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre

Catam-Colsubsidio-Mercadotruerías Catam-Colsubsidio-

Grupo Exito-Finamérica-Comrandi Grupo Exito-Finamérica-



888831936292000000991231

(415)770998485884(8020)8831936292(3900)0000000(96)20991231

Página 1 de 1

Lineas de Servicio FonosIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -

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





GTH-R05A-DI-FT- 562

Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN DE PAGO DEL SUPERVISOR AL CONTRATISTA

Versión: 03

Fecha: 2014-12-26



EL (LA) SUSCRITO(A) SUPERVISOR(A)

HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICA QUE:

NOMBRE DE CONTRATISTA BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA IDENTIFICADO (A) CON C.C 41.474.057

No. ORDEN (Favor relacionar Orden principal y Adiciones en caso que aplique) 223/2015

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

Del 1 de Febrero del 2015 Al 28 de Febrero del 2015

CUMPLIO A SATISFACCION CON EL OBJETO CONTRACTUAL? SI NO

***NOVEDADES: _____

Cordialmente,

FIRMA DEL SUPERVISOR:

Alma Dora Ampudia Arriaga

NOMBRE SUPERVISOR:

Alma Dora Ampudia Arriaga

CARGO O ACTIVIDAD :

Subgerente Administrativo y Financiero

***Novedades: Hace referencia a las situaciones que afectan el desarrollo de las actividades tales como: suspensiones, reinicio de OPS, rotación de sitio de actividades, incapacidades, disminución o aumento de tiempo contratado, terminación anticipada u

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

NUMERO DE CONTRATO Y/U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS: 223 de 2015

NOMBRE CONTRATISTA: BLANCA MARINA BUTRAGO MURCIA

OBJETO CONTRACTUAL: Desarrollar las funciones de gestión telefónica que permita la adecuada comunicación a nivel interno y externo de la institución garantizando la calidad y oportunidad de la misma.

INFORME DE ACTIVIDADES: DE 1 de febrero de 2015 A 28 de febrero de 2015

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	Recepcionar y trasladar las llamadas externas (Institucionales, sociales, usuarios) e internas que requieran la comunicación con los colaboradores del Hospital e información específica sobre alguna área		Se recepcionaron las llamadas externas e interna de acuerdo a como ingresaron en el conmutador
2	Informar y orientar telefónicamente de manera adecuada a las personas que le requieran información general sobre la institución (horarios de atención, prestación de servicios etc)		La información que fue solicitada por este medio se respondió y se direcciono de acuerdo con los protocolos establecidos
3	Manejar el conmutador institucional, garantizando su adecuado funcionamiento.		Durante el período no se presentó ningún inconveniente con el conmutador, ni se reporto daño alguno del mismo
4	Registrar en el libro institucional correspondiente las llamadas internas y externas recibidas con los datos necesarios para su control		Se realizo el registro en el libro de las correspondientes llamadas interna y externas para e el respectivo control
5	Recepcionar y responder por los mensajes telefónicos externos e internos dirigidos por y a los colaboradores del Hospital		Se recepcionaron los mensajes y se distribuyeron de acuerdo a los colaboradores que fueron solicitados
6	Elaborar el informe sobre el registro de las llamadas recibidas y presentarlo oportunamente a la coordinación del área de Recursos Físicos, el período estipulado		Se elaboro el registro respectivo de las llamadas recibidas oportunamente
7	Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos de registro de información, que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad.		Se elaboraron de manera clara y oportuna los instrumentos de registro de información
8	Coadyuvar a cumplimiento del plan de gestión institucional, a través del cumplimiento de las metas contractuales y establecidas en los planes y proyectos en el área <i>asignada</i>		Se realizaron las actividades necesarias para colaborar con el cumplimiento de metas y proyectos del área asignada
9	Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por lo elementos dados a su responsabilidad		Se realiza con efectividad y cuidado del patrimonio institucional que esta bajo mi responsabilidad
10	Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental, residuos hospitalarios, manual de higiene y seguridad industrial, programa de salud ocupacional, planes de emergencia, para proteger la salud en el trabajo aplicando técnicas de		Se generan y aplican las normas de gestión ambiental de acuerdo con las capacitaciones recibidas
11	Formular ejecutarias acciones preventivas y / o correctivas, y / o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones.		Se realizaron los correctivos necesarios para colaborar con el cumplimiento de metas y proyectos del área asignada
12	Desarrollar las demás actividades que le sean asignadas y afines al objeto institucional requerido.		Se desarrollaron las demás actividades que se solicitaron

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

NUMERO DE CONTRATO Y/U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS: 223 de 2015

NOMBRE CONTRATISTA BLANCA MARINA BUTRAGO MURCIA

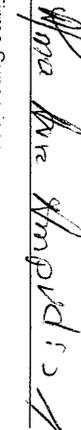
OBJETO CONTRACTUAL Desarrollar las funciones de gestion telefonica que permita la adecuada comunicacion a nivel interno y externo de la institucion garantizando la calidad y oportunidad de la misma.

INFORME DE ACTIVIDADES: DE_1 de febrero de 2015 __A__ 28 de febrero de 2015

<p>Desarrollar las demás actividades afines al objeto institucional requerido. Además de las anteriores el contratista tendrá las siguientes: a) Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones o cualquier acto de autoridad Nacional o distrital vigentes que tengan 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 e inmuebles del Hospital entregados para la ejecución de las actividades propias del objeto de la presente orden de la 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.</p> <p>13 d.- Dar cumplimiento a las guías de manejo, planes de mejoramiento, proceso y procedimientos institucionales.</p> <p>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.</p> <p>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</p>		<p>Las actividades se desarrollaron dentro del marco y la normatividad establecida, se entrega las copia de pago de los soportes de (salud, pensión y ARP) correspondientes.</p>
---	--	--


Nombre y Firma del Contratista


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


Firma Supervisor

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

Bogotá, Febrero de 2015

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

CERTIFICACIÓN

Yo BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía NO. 41.474.057 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. 223 de 2015 materia de pago sujeto de retención, de acuerdo al siguiente detalle:

No.OPS	INGRESO MENSUAL	INGRESO BASE DE COTIZACION	APORTE SALUD	APORTE PENSION	APORTE ARL	No. PLANILLA MES: Febrero
223	\$1.040.000	\$644.350	\$80.544	\$103.100	\$3.400	No 8843081292
			Intereses	Intereses	Intereses	
			\$	\$		
			Total	Total	Total	
			\$80.544	\$103.100	\$3.400	

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

Atentamente,


BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA
C.C. No. 41.474.057 Expedida en Bogotá

COOP SUBSIDIO
S O A C H A

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

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
FORMULA : 8831936292

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	187044
			187044

DOCUMENTO



1502070006400740

CONSECUTIVO: 001

FEB 07, 15 10:05

07/Feb/2015 10:05 1276 06 0039 5297899
(COPIA CLIENTE)

PAGOSIMPLE Prefectura

015-02-07, 09:42:39 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES
Periodo Cotización: febrero de 2015 Periodo Servicio: febrero de 2015
Número Planilla: 8843081292
Referencia pago (PIN): 8831936292

GUARDADA 29/01/2015

BUTRAGO	
Dirección	TRA 5 ESTE 15A 32
Teléfono	3044694563
Forma Presentación	UNICO
Departamento	BOGOTÁ D.C.
Identificación	CC41474057
Total Afiliados 1	

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

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	Pensiones		Salud		Riesgos		Cajas		Parafiscales		TOTAL
		Administradora	Administradora	Administradora	Administradora	Riesgos	Riesgos	Administradora	Administradora	Administradora	Administradora	
01	COPIENONES	5.644.390	5.103.100	5.644.390	5.644.390	5.644.390	3.340	5.644.390	3.340	5.644.390	3.340	5.644.390
SUBTOTAL SIN INTERESES		5.644.390		5.644.390		5.644.390		3.340		3.340		5.644.390
TOTAL FINAL		5.644.390		5.644.390		5.644.390		3.340		3.340		5.644.390

Periodo de cotización salud												
Periodo	Jan	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agos	Sep	Oct	Nov	Dic
enero	<input type="checkbox"/>											
febrero	<input type="checkbox"/>											



8888831936292000000991231



(415)7709998485884(8020)8831936292(3900)000000(96)20391231

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
Mas que Fácil, SIMPLE!
Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente están nuestras manos.





GFI-S06A-DI-FT-428

Página 1 de 1

**CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD
PRESUPUESTAL**

Versión: 06

Fecha: 2009-06-25



UNIDAD FUNCIONAL FINANCIERA
CENTRO DE COSTOS PRESUPUESTO

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

No. 5642

INSTITUCION HOSPITAL PABLO VI BOSA E. S. E.

FECHA 25/03/2015

COORDINADOR DE PRESUPUESTO

CERTIFICA:

Que en la fecha los registros de Ejecución Presupuestal muestran el siguiente saldo de apropiación:

Unid. Ejec.	Sub.	Cta. Grp	Cta. May	Cta. Sub.	Sub. Aux.	Nombre de Saldo Subaux. Aux.	Grupo Ord.	Ord.	Cuenta
3110204						REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS			

Se expide este certificado a solicitud del interesado:

NOMBRE: HENRY ARTURO HURTADO MOSQUERA

CARGO: Profesional Especializado Área Financiera

Para respaldar el siguiente compromiso: ADICION A LA ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS

BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA CC 41474057
OPS 223

POR UN VALOR DE \$ 5.725.000

Sobre esta misma apropiación se han expedido a la fecha Certificados de Disponibilidad para compromisos por un Valor Acumulado Total de \$ 1.460.988.946 los cuales no han sido reservados ni anulados.

DISPONIBILIDAD NETA:\$ 1.333.286.054

Vigencia de este certificado:(60) días calendario a partir de su expedición.

Original
Firmado Por
Henry Arturo Hurtado Mosquera
Prof. Especializado Financiera

COORDINADOR(A) PRESUPUESTO

PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA FINANCIERA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

ADICION Y PRORROGA A LA ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS NO. 223

NUMERO: 0_ DE 2015
OBJETO: Adicionar en valor y prorrogar término de ejecución de la orden de prestación de servicios No. 223 de 2015
CONTRATANTE: HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL E.S.E.
CONTRATISTA: BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA
IDENTIFICACION: 41.474.057
ACTIVIDAD: AUXILIAR ADMINISTRATIVO
VALOR ADICION: \$ 5.725.000
PLAZO: Hasta el 31/08/2015 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 I NIVEL** con NIT. 800.219.600- 3, en calidad de Gerente, nombrada mediante Decreto 214 de 08 de mayo de 2012 y como tal facultada para celebrar el presente acto por el Acuerdo 017 del 10 de Diciembre de 1997 y el Estatuto de Contratación del Hospital Pablo VI Bosa I Nivel E.S.E., quien para efectos de la presente se denominará **EL HOSPITAL** por una parte, y por la otra **BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA**, también mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía número No. **41.474.057**, 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. **223** de 2015 cuyo objeto es: "Prestación de servicios como **AUXILIAR ADMINISTRATIVO** en el Hospital Pablo VI de Bosa de acuerdo a las necesidades del Hospital en las diferentes áreas". **SEGUNDA.-** Que existe la necesidad de adicionar en valor y 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 del Hospital Pablo VI Bosa I Nivel E.S.E 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. **223** de 2015, en la suma de **CINCO MILLONES SETECIENTOS VEINTE Y CINCO MIL PESOS M/CTE (\$ 5.725.000)**, que serán cancelados al contratista en las mismas condiciones que la orden principal.

SEGUNDA: PRORROGAR EN PLAZO la orden principal No. 223 de 2015, hasta el 31/ 08/2015 o hasta agotar la reserva presupuestal.

TERCERA: ADICIONAR la cláusula segunda en las obligaciones del contratista, numeral c en cuanto a 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 y dentro de los primeros diez (10) días calendarios de cada mes, si a ello hubiere lugar.

CUARTA: IMPUTACION PRESUPUESTAL: El gasto que ocasione la presente adición se hará con cargo al C.D.P. No. 5642 del 25/03/2015, Rubro 3110204– **REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS-** VIGENCIA 2015

QUINTA: 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 diez (10) días hábiles siguientes a la suscripción de la presente, si a ello hubiere lugar.

SEXTA: PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION. La presente Adición y Prórroga se perfecciona con la suscripción del mismo y para su ejecución se requiere el registro presupuestal definitivo.

SEPTIMA: VIGENCIA DE LAS ESTIPULACIONES. Todas las cláusulas y estipulaciones contractuales de la orden principal No. **223** de 2015, 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 veinticinco (25) días del mes de marzo del año dos mil quince (2015)



GFI-S06A-DI-FT-429

Página 1 de 1

CERTIFICADO DE RESERVA PRESUPUESTAL

Versión: 05

Fecha: 2009-06-25



No.5836 de 2015

CODIGO 3110204

RUBRO REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS

C. D. P. No 5642

del 25/03/2015

VALOR: \$ 5.725.000

CONTRATO: ADICION Y PRORROGA A LA ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS No, 223 AÑO 2015

A NOMBRE DE:

BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA
CC 41474057

OBJETO: ADICIONAR EN VALOR Y PRORROGAR TERMINO DE EJECUCION DE LA ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS

Se expide en Bogotá, D.C., 31/03/2015


COORDINADOR DE PRESUPUESTO

ACTA MODIFICATORIA A LA ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 223 DE 2015 CELEBRADO ENTRE EL HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL E.S.E. Y BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA

Entre los suscritos a saber, **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 I NIVEL**, en calidad de Gerente, nombrada mediante Decreto No. 214 de 08 de mayo de 2012 y como tal facultada para celebrar el presente acto de conformidad con el Acuerdo 017 del 10 de Diciembre de 1997 y el Estatuto de Contratación del HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL E.S.E., quien para efectos de la presente se denominará el HOSPITAL por una parte; y por la otra, **BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA** identificada con la C.C. No. **41.474.057** actuando en su nombre y representación, en calidad de CONTRATISTA, según reza en la orden de prestación de servicios; hemos convenido celebrar la presente Acta Modificatoria, previo las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Que entre el HOSPITAL y el (a) CONTRATISTA se celebró la Orden de Prestación de Servicios No.223 de 2015. **SEGUNDA.**- Que en el cuerpo sustantivo se indicó como normatividad aplicable el Acuerdo 000 de 2001. **TERCERA.**- Que se indicó en la : "OCTAVA – CLAUSULA CONTRA EVASIÓN: De conformidad con lo dispuesto en la Ley 828 de 2003, el CONTRATISTA tendrá como obligación el cumplimiento de sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral, parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF) por lo cual, el incumplimiento de esta obligación será causal para la imposición de multas sucesivas iguales al valor dejado de pagar, hasta tanto se dé el cumplimiento, previa verificación de la mora mediante liquidación efectuada por la entidad administradora. Cuando durante la ejecución del contrato o a la fecha de su liquidación se observe la persistencia de este incumplimiento, se aplicará a la cláusula excepcional de caducidad administrativa" **CUARTA.**- Que en igual sentido se señaló en la cláusula "VIGÉSIMA SEGUNDA - PERFECCIONAMIENTO: La presente orden de prestación de servicios se perfeccionará con la firma de las partes". **QUINTA.** - Que de acuerdo al Manual de Contratación del Hospital Pablo VI Bosa I Nivel E.S.E. en su Capítulo XIX "**DE LOS OTRO SI A LOS CONTRATOS** se dispone ... "Cuando se presenten circunstancias especiales, debidamente comprobadas, que justifiquen la modificación de alguna de las cláusulas del contrato (salvo el objeto el cual permanece inmodificable), las partes suscribirán el otrosí modificatorio y/o aclaratorio respectivo."; **SEXTA:** Que atendiendo la revisión efectuada a los contratos, existe la necesidad de corregir y modificar el referido clausulado atendiendo el cumplimiento de lo dispuesto en el Estatuto y Manual de Contratación del Hospital, pues con ello no se está modificando el objeto del negocio jurídico. **SEPTIMA.**- Que atendiendo a las anteriores consideraciones se suscribe la presente Acta Modificatoria del contrato a través de la cual las partes,

ACUERDAN

PRIMERO: Modificar en el cuerpo sustantivo de la Orden de Prestación de Servicios No.223 de 2015 en el sentido de indicar que la base normativa del mismo no es el Acuerdo 000 de 2011 sino el Acuerdo 10 de 2014 (Estatuto de Contratación) y Resolución 169 de 2014 (Manual de Contratación).

SEGUNDO: Modificar la cláusula Octava de la orden de prestación de servicios No.223 de 2015 que señala "**OCTAVA – CLAUSULA CONTRA EVASIÓN:** De conformidad con lo dispuesto en la Ley 828 de 2003, el CONTRATISTA tendrá como obligación el cumplimiento de sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral, parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF) por lo cual, el incumplimiento de esta obligación será causal para la imposición de multas sucesivas iguales al valor dejado de pagar, hasta tanto se dé el cumplimiento, previa verificación de la mora mediante liquidación efectuada por la entidad administradora. Cuando durante la ejecución del contrato o a la fecha de su liquidación se observe la persistencia de este incumplimiento, se aplicará a la cláusula excepcional de caducidad administrativa"

La cual quedará así: "**OCTAVA - CLAUSULA CONTRA EVASIÓN:** De conformidad con lo dispuesto en la Ley 828 de 2003, el CONTRATISTA tendrá como obligación el cumplimiento de sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral; ante el incumplimiento de esta obligación o la falsedad en la misma será causal de incumplimiento, para lo cual se dará trámite al proceso pertinente de conformidad con lo señalado en el manual de contratación y acciones judiciales a que haya lugar".

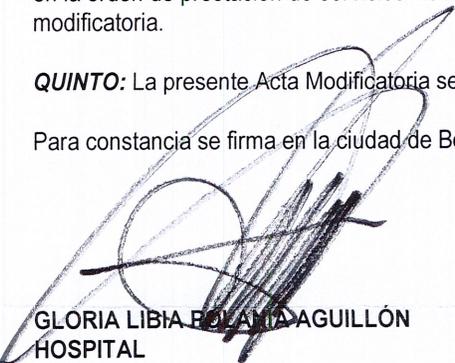
TERCERO: Modificar la cláusula vigésima segunda de la orden de prestación de servicios No.223 de 2015 que reza: "**VIGÉSIMA SEGUNDA - PERFECCIONAMIENTO:** La presente orden de prestación de servicios se perfeccionará con la firma de las partes".

La cual quedará así: "**VIGÉSIMA SEGUNDA - PERFECCIONAMIENTO:** La presente orden de prestación de servicios se perfeccionará con la firma de las partes y la expedición del respectivo Certificado de Reserva Presupuestal."

CUARTO: Salvo lo dispuesto en la presente Acta Modificatoria continúan vigentes todas las cláusulas y estipulaciones contenidas en la orden de prestación de servicios No.223 de 2015 y se hacen exigibles, siempre y cuando no sean contrarias a la presente acta modificatoria.

QUINTO: La presente Acta Modificatoria se entiende perfeccionada con la firma de las partes.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C. a los veinte y ocho (28) días del mes de marzo del año dos mil quince (2015).


GLORIA LIBIA POLANÍA AGUILLÓN
HOSPITAL


BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA
CONTRATISTA

Proyectó Oficina Talento Humano – O.P.S./MAGD Revisó: MLN

Carrera 771 Bis No 69B - 76 Sur
Barrio Pablo VI Bosa
PBX: 7799800
www.hospitalpablovibosa.gov.co
correspondencia@hospitalpablovibosa.gov.co



BOGOTÁ
HUMANANA



GTH-R05A-DI-FT- 562

Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN DE PAGO DEL SUPERVISOR AL CONTRATISTA

Version: 03

Fecha: 2014-12-26



EL (LA) SUSCRITO(A) SUPERVISOR(A)

HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICA QUE:

NOMBRE DE CONTRATISTA BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA IDENTIFICADO (A) CON C.C 41.474.057

No. ORDEN (Favor relacionar Orden principal y Adiciones en caso que aplique) 223 / 2015

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

Del 1 de Marzo del 2015 Al 31 de Marzo del 2015

CUMPLIO A SATISFACCION CON EL OBJETO CONTRACTUAL?

SI

NO

***NOVEDADES:

Cordialmente,

FIRMA DEL SUPERVISOR:

Alma Ariza Ampudia

NOMBRE SUPERVISOR:

Alma Ariza Ampudia Arriaga.

CARGO O ACTIVIDAD :

Suby. Adm. y Financiera

***Novedades: Hace referencia a las situaciones que afectan el desarrollo de las actividades tales como: suspensiones, reinicio de OPS, rotación de sitio de actividades, incapacidades, disminución o aumento de tiempo contratado, terminación anticipada u

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

NUMERO DE CONTRATO Y/U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS: 223 de 2015

NOMBRE CONTRATISTA: BLANCA MARINA BUTRAGO MURCIA

OBJETO CONTRACTUAL: Desarrollar las funciones de gestion telefonica que permita la adecuada comunicacion a nivel interno y externo de la institucion garantizando la calidad y oportunidad de la misma.

INFORME DE ACTIVIDADES: DE 1 de Marzo de 2015 A 31 de Marzo de 2015

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	Recepcionar y trasladar las llamadas externas (Institucionales, sociales, usuarios) e internas que requieran la comunicacion con los colaboradores del Hospital e informacion especifica sobre alguna area		Se recepcionaron las llamadas externas e interna de acuerdo a como ingresaron en el computador
2	Informar y orientar telefonicamente de manera adecuada a las personas que le requieran informacion general sobre la institucion (horarios de atencion, prestacion de servicios etc)		La informacion que fue solicitada por este medio se respondio y se direcciono de acuerdo con los protocolos establecidos
3	Manejar el computador institucional, garantizando su adecuado funcionamiento		Durante el periodo no se presento ningun inconveniente con el computador, ni se reporto dano alguno del mismo
4	Registrar en el libro institucional correspondiente las llamadas internas y externas recibidas con los datos necesarios para su control		Se realizo el registro en el libro de las correspondientes llamadas interna y externas para el respectivo control
5	Recepcionar y responder por los mensajes telefonicos externos e internos dirigidos por y a los colaboradores del Hospital		Se recepcionaron los mensajes y se distribuyeron de acuerdo a los colaboradores que fueron solicitados
6	Elaborar el informe sobre el registro de las llamadas recibidas y presentarlo oportunamente a la coordinacion del area de Recursos Fisicos, el periodo estipulado		Se elaboro el registro respectivo de las llamadas recibidas oportunamente
7	Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos de registro de informacion que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad		Se elaboraron de manera clara y oportuna los instrumentos de registro de informacion
8	Coadyuvar a cumplimiento del plan de gestion institucional, a traves del cumplimiento de las metas contractuales y establecidas en los planes y proyectos en el area ^{Asignada}		Se realizaron las actividades necesarias para colaborar con el cumplimiento de metas y proyectos del ara asignada
9	Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por lo elementos dados a su responsabilidad		Se realiza con efectividad y cuidado del patrimonio institucional que esta bajo mi responsabilidad
10	Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestion Ambiental, residuos hospitalarios, manual de higiene y seguridad industrial, programa de salud ocupacional, planes de emergencia para proteger la salud en el trabajo aplicando tenaces de		Se generan y aplican las normas de gestion ambiental de acuerdo con las capacitaciones recibidas
11	Formular ejecutivas acciones preventivas y / o correctivas y / o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones		Se realizaron los correctivos necesarios para colaborar con el cumplimiento de metas y proyectos del ara asignada
12	Desarrollar las demas actividades que le sean asignadas y afines al objeto institucional requerido		Se desarrollaron las demas actividades que se solicitaron

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

NUMERO DE CONTRATO Y/U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS: 223 de 2015

NOMBRE CONTRATISTA BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA

OBJETO CONTRACTUAL Desarrollar las funciones de gestion telefonica que permita la adecuada comunicacion a nivel interno y externo de la institucion garantizando la calidad y oportunidad de la misma.

INFORME DE ACTIVIDADES: DE 1 de Marzo de 2015 a 31 de Marzo de 2015

<p>Desarrollar las demás actividades afines al objeto institucional requerido. Además de las anteriores el contratista tendrá las siguientes: a) Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones o cualquier acto de autoridad Nacional o distrital vigentes que tengan 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 e inmuebles del Hospital entregados para la ejecución de las actividades propias del objeto de la presente orden de la 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</p> <p>13 d.- Dar cumplimiento a las guías de manejo, planes de mejoramiento, proceso y procedimientos institucionales</p> <p>e.- Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones contenidas en la clausula segunda de la presente orden de prestación de servicios.</p> <p>f.- Abstenerse de divulgar la información almacenada en algún medio o dispositivo de cualquier tipo que pertenezca o utilice a la institucion sin el consentimiento de las autoridades del organismo</p>	<p>Las actividades se desarrollaron dentro del marco y la normatividad establecida, se entrega la copia de pago de los soportes de (salud pensión y ARP) correspondientes</p>
---	---

Blanca Marina Buitrago
Nombre y Firma del Contratista
Duyler Adriatico
Actividad (Auxiliar, Técnico Profesional, Profesional Especializado, otro)

Anna Van Ampelis
Firma Supervisor

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

Bogotá, Marzo de 2015

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

CERTIFICACIÓN

Yo BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía NO. 41.474.057 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. 223 de 2015 materia de pago sujeto de retención, de acuerdo al siguiente detalle:

No.OPS	INGRESO MENSUAL	INGRESO BASE DE COTIZACION	APORTE SALUD	APORTE PENSION	APORTE ARL	No. PLANILLA MES: Marzo
223	\$1.040.000	\$644.350	\$80.544	\$103.100	\$3.400	No 8843081292
			Intereses	Intereses	Intereses	
			\$	\$		
			Total	Total	Total	
			\$80.544	\$103.100	\$3.400	

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

Atentamente,


BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA
C.C. No. 41.474.057 Expedida en Bogotá

SIMPLE S.A.
www.pagosimple.com

PAGOSIMPLE

AUTO LIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2015-03-11, 02:05:41 PM Tipo Planilla: I PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: marzo de 2015

Periodo Servicio: marzo de 2015

Número Planilla: 8844514692
Referencia pago (PIN): 8831936292

PAGADO 07/03/2015 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	BLANCA MARINA DELROSARIO BUITRAGO	Dirección	TRA 5 ESTE 15A 32
Documento	CC41474057	Teléfono	3044694563
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	BOGOTA D.C.
Ciudad	BOGOTA	Identificación	CC 41474057
Representante Legal	DELROSARIO BUITRAGO BLANCA MARINA		SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.
Total Afiliados	1		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total											
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotización	Subtipo Cotización	ING	RET P	TDE	TAE	ETL	TAP	VPS	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	VCP	Sal ARP	Sal EPS	Sal ARP	Sal CCF	Administradora	IBC Pension	Aporte Pension	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Cajas	Aporte Cajas	Administradora	IBC Parafiscales	Aporte Parafiscales	Aporte Total			
CC 41474057	BLANCA BUITRAGO MARICA	03	00															0	3932930	0		(25-14) COLPENSIONES	\$ 644,350	\$ 103,100	(EPS017) FAMSUARTE EPS	\$ 644,350	\$ 80,544	0,522	\$ 644,350	\$ 3,400	(MINICAJ) MINICAJA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 187,044

III. TOTALES

IBC Pension	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pension	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sana	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias, Salarios a Favor, Eps	Incapacidades AFP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 644,350	\$ 644,350	\$ 644,350	\$ 0	\$ 103,100	\$ 80,544	\$ 3,400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 187,044	\$ 0	\$ 187,044





GTH-R05A-DI-FT- 562

Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN DE PAGO DEL SUPERVISOR AL CONTRATISTA

Versión: 03

Fecha: 2014-12-26



EL (LA) SUSCRITO (A) SUPERVISOR(A)

HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICA QUE:

NOMBRE DE CONTRATISTA BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA IDENTIFICADO (A) CON C.C 41.474.057

No. ORDEN (Favor relacionar Orden principal y Adiciones en caso que aplique) 223 / 2015

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

Del 1de Abril del 2015 Al 30 de Abril del 2015

CUMPLIO A SATISFACCION CON EL OBJETO CONTRACTUAL?

SI

NO

***NOVEDADES:

Cordialmente,

FIRMA DEL SUPERVISOR:

Alma Lizy Ampudia

NOMBRE SUPERVISOR:

CARGO O ACTIVIDAD :

***Novedades: Hace referencia a las situaciones que afectan el desarrollo de las actividades tales como: suspensiones, reinicio de OPS, rotación de sitio de actividades, incapacidades, disminución o aumento de tiempo contratado, terminación anticipada u

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

NUMERO DE CONTRATO Y/U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS: 223 de 2015

NOMBRE CONTRATISTA: BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA

OBJETO CONTRACTUAL: Desarrollar las funciones de gestión telefonica que permita la adecuada comunicación a nivel interno y externo de la institución garantizando la calidad y oportunidad de la misma.

INFORME DE ACTIVIDADES: DE 1 de Abril de 2015 A 30 de Abril de 2015

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	Recepcionar y trasladar las llamadas externas (Institucionales, sociales, usuarios) e internas que requieran la comunicación con los colaboradores del Hospital e información específica sobre alguna área		Se recepcionaron las llamadas externas e interna de acuerdo a como ingresaron en el conmutador
2	Informar y orientar telefonicamente de manera adecuada a las personas que le requieran información general sobre la institución (horarios de atención, prestación de servicios etc)		La información que fue solicitada por este medio se respondió y se dirrecciono de acuerdo con los protocolos establecidos
3	Manejar el conmutador institucional, garantizando su adecuado funcionamiento.		Durante el período no se presento ningún inconveniente con el conmutador, ni se reporto daño alguno del mismo
4	Registrar en el libro institucional correspondiente las llamadas internas y externas recibidas con los datos necesarios para su control		Se realizo el registro en el libro de las correspondientes llamadas interna y externas para e el respectivo control
5	Recepcionar y responder por los mensajes telefónicos externos e internos dirigidos por y a los colaboradores del Hospital		Se recepcionaron los mensajes y se distribuyeron de acuerdo a los colaboradores que fueron solicitados
6	Elaborar el informe sobre el registro de las llamadas recibidas y presentarlo oportunamente a la coordinación del área de Recursos Físicos, el periodo estudiado		Se elaboro el registro respectivo de las llamadas recibidas oportunamente
7	Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos de registro de información, que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad.		Se elaboraron de manera clara y oportuna los instrumentos de registro de información
8	Coadyudar a cumplimiento del plan de gestión institucional, a través del cumplimiento de las metas contractuales y establecidas en los planes y proyectos en el área		Se realizaron las actividades necesarias para colaborar con el cumplimiento de metas y proyectos del área asignada
9	Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por lo elementos dados a su responsabilidad		Se realiza con efectividad y cuidado del patrimonio institucional que esta bajo mi responsabilidad
10	Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental, residuos hospitalarios, manual de higiene y seguridad industrial, programa de salud ocupacional, planes de emergencia, para proteger la salud en el trabajo aplicando técnicas de		Se generan y aplican las normas de gestión ambiental de acuerdo con las capacitaciones recibidas
11	Formular ejecutarías acciones preventivas y / o correctivas, y / o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones		Se realizaron los correctivos necesarios para colaborar con el cumplimiento de metas y proyectos del área asignada
12	Desarrollar las demás actividades que le sean asignadas y afines al objeto institucional requerido.		Se desarrollaron las demás actividades que se solicitaron

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

NUMERO DE CONTRATO Y/U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS: 223 de 2015

NOMBRE CONTRATISTA BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA

OBJETO CONTRACTUAL Desarrollar las funciones de gestion telefonica que permita la adecuada comunicacion a nivel interno y externo de la institucion garantizando la calidad y oportunidad de la misma.

INFORME DE ACTIVIDADES: DE 1 de Abril de 2015 a 30 de Abril de 2015

<p>Desarrollar las demás actividades afines al objeto institucional requerido. Además de las anteriores el contratista tendrá las siguientes: a) Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones o cualquier acto de autoridad Nacional o distrital vigentes que tengan 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 e inmuebles del Hospital entregados para la ejecución de las actividades propias del objeto de la presente orden de la 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.</p> <p>13 d.- Dar cumplimiento a las guías de manejo, planes de mejoramiento, proceso y procedimientos institucionales.</p> <p>e.- Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones contenidas en la clausula segunda de la presente orden de prestación de servicios.</p> <p>f.- Abstenerse de divulgar la informacion almacenada en algun medio o dispositivo de cualquier tipo que pertenezca o utilice a la institucion sin el consentimiento de las</p>	<p>Las actividades se desarrollaron dentro del marco y la normatividad establecida, se entrega la copia de pago de los soportes de (salud, pensión y ARP) correspondientes.</p>
---	---

Blanca Marina Buitrago

Rubén Administrativo
Profesional Especializado, otro)

Firma Supervisor

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

Bogotá, Abril de 2015

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

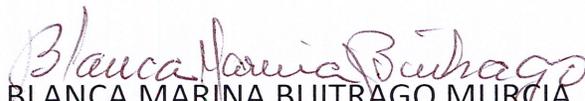
CERTIFICACIÓN

Yo BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía NO. 41.474.057 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. 223 de 2015 materia de pago sujeto de retención, de acuerdo al siguiente detalle:

No. OPS	INGRESO MENSUAL	INGRESO BASE DE COTIZACION	APORTE SALUD	APORTE PENSION	APORTE ARL	No. PLANILLA MES: Abril/2015
223 de 2015	\$1.145.000	\$644.350	\$80.544	\$103.100	\$3.400	No 8843081292
			Intereses	Intereses	Intereses	
			Total \$80.544	Total \$103.100	Total \$3400	

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

Atentamente,


BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA
C.C. No. 41.474.057 Expedida en Bogotá.

COLSUBSIDIO
S O A C H A

DOCUMENTO SOPORTE

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
FORMULA : 8831936292

Código Descripción Cant Valor
693927 RECAUDO PLA 1 187044
187044

DOCUMENTO
1504070006414519
CONSECUTIVO: 001

ABR 07, 15 17:38

07/Abr/2015 17:38 1276 06 0294 8079286
(COPIA CLIENTE)

07/Feb/2015 17:05 1276 06 0039 5297899
(COPIA CLIENTE)

888831936292000000991231

PAGOSIMPLE

Prefectura

15-02-07, 09:42:39 AM

Tipo Planilla: 1: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 8843081292

Periodo Cotización: febrero de 2015

Periodo Servicio: febrero de 2015

Referencia pago (PIN): 8831936292

GUARDADA 29/01/2015

BUTRAGO		Dirección	TRA 5 ESTE 15A 32
		Teléfono	3044694563
		Forma Presentación	UNICO
		Departamento	BOGOTA D.C.
		Identificación	CC41474057
		Total Afiliados	1

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

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	Pensiones		Salud		Riesgos		Cajas		Parafiscales		TOTAL
		Administradora	IBC Puntada	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Administradora	
0	COLFERENCIONES		\$ 844.390		\$ 844.390		\$ 844.390					\$ 844.390
	Administradora											
	Aportes FSS		\$ 90.544		\$ 90.544		\$ 90.544					\$ 90.544
	Aportes Salud											
	Aportes Resgros		\$ 3.400		\$ 3.400		\$ 3.400					\$ 3.400
	Aportes Casca		\$ 0		\$ 0		\$ 0					\$ 0
	Aportes Sana		\$ 0		\$ 0		\$ 0					\$ 0
	Aportes ICBF		\$ 0		\$ 0		\$ 0					\$ 0
	Aportes ESAP		\$ 0		\$ 0		\$ 0					\$ 0
	Aportes Mh Educación		\$ 0		\$ 0		\$ 0					\$ 0
	Incapacidades, Licencias, Saldos		\$ 0		\$ 0		\$ 0					\$ 0
	Incapacidades, ARP		\$ 0		\$ 0		\$ 0					\$ 0
	SUBTOTAL SIN INTERESES DE		\$ 187.044		\$ 187.044		\$ 187.044					\$ 187.044
	TOTAL FINAL		\$ 187.044		\$ 187.044		\$ 187.044					\$ 187.044

Periodo de cotización salud

Jan-Colsubsidio-

Grupo Éxito-Finamérica-Contandi Grupo Éxito-Finamérica-

(415)7709998485884(8020)8831936292(3900)000000(96)20991231

Página 1 de 1

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

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





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

**UNIDAD FUNCIONAL DE TALENTO HUMANO – OPS
DEL HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT. 800.219.600-3**

HACE CONSTAR:

Que entre el HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO y **BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **41.474.057** se celebraron las siguientes Órdenes de Prestación de Servicio, las cuales al tenor del artículo 32 de la Ley 80 de 1993 no generan vínculo laboral:

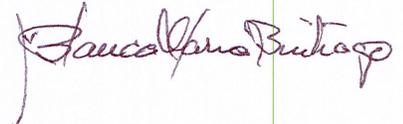
ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
538/2009	22 de Julio de 2009	30 de Junio de 2010
1346/2010	01 de Julio de 2010	31 de Diciembre de 2010
042/2011	03 de Enero de 2011	30 de Junio de 2011
1105/2011	01 de Julio de 2011	31 de Diciembre de 2011
096/2012	02 de Enero de 2012	31 de Diciembre de 2012
177/2013	02 de Enero de 2013	31 de Diciembre de 2013
177/2014	02 de Enero de 2014	31 de Diciembre de 2014
223/2015	02 de Enero de 2015	Vigente actualmente

La Orden de Prestación de Servicios No. **223/2015**; Por un valor mensual de **UN MILLON CIENTO CUARENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE. (\$1.145.000)**; como **AUXILIAR ADMINISTRATIVO**.

Se expide la presente constancia en Bogotá, a los veintidós (22) días del mes de Mayo de 2015.



MARY ALEJANDRA GUARNIZO DEVIA
Abogada



Copia: Archivo
Elaboro: Gloria Stella Pataquiva
Reviso: Martha Lucia Nieto







GTH-R05A-DI-FT- 562

Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN DE PAGO DEL SUPERVISOR AL CONTRATISTA

Versión: 03

Fecha: 2014-12-26



EL (LA) SUSCRITO (A) SUPERVISOR(A) ✓

HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICA QUE:

NOMBRE DE CONTRATISTA BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA IDENTIFICADO (A) CON C.C 41.474.057

No. ORDEN (Favor relacionar Orden principal y Adiciones en caso que aplique) 223 / 2015

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

Del 1de Mayo del 2015 Al 31 de Mayo del 2015

CUMPLIO A SATISFACCION CON EL OBJETO CONTRACTUAL? SI NO

***NOVEDADES: Se verifico el pago de aportes a Seguridad Social a través de Simple S.A; realizado el día 08 de mayo de 2015.

Cordialmente,

FIRMA DEL SUPERVISOR:

NOMBRE SUPERVISOR:

CARGO O ACTIVIDAD :

Martin Alfonso Rodriguez Lopez.
Subgerente encargado (E).

***Novedades: Hace referencia a las situaciones que afectan el desarrollo de las actividades tales como: suspensiones, reinicio de OPS, rotación de sitio de actividades, incapacidades, disminución o aumento de tiempo contratado, terminación anticipada u

COLSUBSIDIO
ROMA

PAGOSIMPLE

Prefectura

-02-07, 09:42:39 AM Tipo Planilla: 1: PLANILLA INDEPENDIENTES
 Periodo Cotización: febrero de 2015 Periodo Servicio: febrero de 2015
 Numero Planilla: 8843081292
 Referencia pago (FIN): 8831936292

DOCUMENTO SOPORTE
 NOMBRE: PLANILLA SIMPLE RECAUDO
 NIT: 900.097.333-9
 CODIGO: 20596
 FORMULA: 8831936292

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	187044
			187044

DOCUMENTO



1505080002918487
 CONSECUATIVO: 001

MAY 08, 15 13:11

08/May/2015 13:12 4500 02 0166 2656305
 (COPIA CLIENTE)

GUARDADA 29/01/2015

ITRAGO	Dirección	TRA 5 ESTE 15A 32
	Teléfono	3044694563
	Forma Presentación	UNICO
	Departamento	BOGOTÁ D.C.
	Identificación	CC41474057
	Total Afiliados	1

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

	Pensiones		Salud		Riesgos		Cajas		Parafiscales		Total
	Administradora	IBC	Administradora	IBC	Administradora	IBC	Administradora	Administradora	Administradora	Administradora	Total
01/01/2010	COLPENSIONES	584.350	3 103 100	FAVISAAR EPS	584.350	3 103 100	FAVISAAR EPS	584.350	3 103 100	FAVISAAR EPS	5 187 044
antes FSP	Aportes FSS	3 80 344	Aportes Salud	3 3 400	Aportes Riesgos	3 3 400	Aportes Cajas	Aportes Salud	Aportes Baha	Aportes ICBF	
\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

Periodo de cotización salud												
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
	<input type="checkbox"/>											

fam-Colsubsidio-

Grupo Éxito-Finamérica-Comandi Grupo Éxito-Finamérica-



8888319362920000000991231



(415)7709998485884(8020)8831936292(3900)000000(96)20991231

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

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



Fecha creación reporte: 2015-05-08 01:13:46 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

8855125470

Periodo Cotización:

mayo de 2015

Periodo Servicio:

mayo de 2015

Referencia pago (PIN): 8831936292

PAGADO 08/05/2015

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	BLANCA MARINA DELROSARIO BUTRAGO	Dirección	TRA 5 ESTE 15 A 32 BLO 13 APT 503
Documento	CC41474057	Teléfono	3044694563
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	UNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	CUNDINAMARCA
Ciudad	SOACHA	Identificación	CC 41474057
Representante Legal	DELROSARIO BUTRAGO BLANCA MARINA		SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.
Total Afiliados	1	ARP	

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total	
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotización	Subido Cotización	IN	RE	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	Total									
CC 41474057	BLANCA BUTRAGO MURCIA	03	00																												\$ 187,044

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportar Pension	Aportar Salud	Aportar Riesgos	Aportar Cajas	Aportar SENA	Aportar CBF	Aportar ESAP	Aportar Min Educación	Incapacidades Licencias Salidas a Favor EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 644,350	\$ 644,350	\$ 644,350	\$ 0	\$ 103,100	\$ 80,544	\$ 3,400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 187,044	\$ 0	\$ 187,044



6/24



GTH-R05A-DI-FT- 562

Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN DE PAGO DEL SUPERVISOR AL CONTRATISTA

Versión: 03

Fecha: 2014-12-26



EL (LA) SUSCRITO (A) SUPERVISOR(A)

HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICA QUE:

NOMBRE DE CONTRATISTA BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA IDENTIFICADO (A) CON C.C 41.474.057

No. ORDEN (Favor relacionar Orden principal y Adiciones en caso que aplique) 223 / 2015

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

Del 1de Junio del 2015 Al 30 de Junio del 2015

CUMPLIO A SATISFACCION CON EL OBJETO CONTRACTUAL? SI NO

***NOVEDADES: _____

Cordialmente,

FIRMA DEL SUPERVISOR:

Alfonso Iván Ampudo

NOMBRE SUPERVISOR:

CARGO O ACTIVIDAD :

***Novedades: Hace referencia a las situaciones que afectan el desarrollo de las actividades tales como: suspensiones, reinicio de OPS, rotación de sitio de actividades, incapacidades, disminución o aumento de tiempo contratado, terminación anticipada u

R

Bogotá, junio de 2015

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

CERTIFICACIÓN

Yo BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía NO. 41.474.057 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. 223 de 2015 materia de pago sujeto de retención, de acuerdo al siguiente detalle:

No.OPS	INGRESO MENSUAL	INGRESO BASE DE COTIZACION	APORTE SALUD	APORTE PENSION	APORTE ARL	No. PLANILLA MES: junio
223	\$1.145.000	\$644.350	\$80.544	\$103.100	\$3.400	No 8843081292
			Intereses	Intereses	Intereses	
			\$	\$		
			Total	Total	Total	
			\$80.544	\$103.100	\$3.400	

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

Atentamente,

Blanca Marina Buitrago
BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA
C.C. No. 41.474.057 Expedida en Bogotá

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

NUMERO DE CONTRATO YU ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS: 223 de 2015

NOMBRE CONTRATISTA BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA

OBJETO CONTRACTUAL
Desarrollar las funciones de gestion telefonica que permita la adecuada comunicacion a nivel interno y externo de la institucion garantizando la calidad y oportunidad de la misma.

INFORME DE ACTIVIDADES: DE_1 de junio de 2015 __ A __ 30 de junio de 2015

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	Recepcionar y trasladar las llamadas externas (institucionales, sociales, usuarios) e internas que requieran la comunicacion con los colaboradores del Hospital e informacion especifica sobre alguna area		Se recepcionaron las llamadas externas e interna de acuerdo a como ingresaron en el conmutador
2	Informar y orientar telefonicamente de manera adecuada a las personas que le requieran informacion general sobre la institucion (horarios de atencion, prestacion de servicios etc)		La informacion que fue solicitada por este medio se respondió y se direcciono de acuerdo con los protocolos establecidos
3	Manejar el conmutador institucional, garantizando su adecuado funcionamiento.		Durante el periodo no se presento ningún inconveniente con el conmutador, ni se reporto daño alguno del mismo
4	Registrar en el libro institucional correspondiente las llamadas internas y externas recibidas con los datos necesarios para su control		Se realizo el registro en el libro de las correspondientes llamadas interna y externas para e el respectivo control
5	Recepcionar y responder por los mensajes telefonicos externos e internos dirigidos por y a los colaboradores del Hospital.		Se recepcionaron los mensajes y se distribuyeron de acuerdo a los colaboradores que fueron solicitados
6	Elaborar el informe sobre el registro de las llamadas recibidas y presentarlo oportunamente a la coordinacion del area de Recursos Fisicos, el periodo estudiado		Se elaboro el registro respectivo de las llamadas recibidas oportunamente
7	Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos de registro de informacion, que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad.		Se elaboraron de manera clara y oportuna los instrumentos de registro de informacion
8	Coadyuvar a cumplimiento del plan de gestion institucional, a través del cumplimiento de las metas contractuales y establecidas en los planes y proyectos en el área asignada.		Se realizaron las actividades necesarias para colaborar con el cumplimiento de metas y proyectos del área asignada
9	Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por lo elementos dados a su responsabilidad		Se realiza con efectividad y cuidado del patrimonio institucional que esta bajo mi responsabilidad
10	Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental, residuos hospitalarios, manual de higiene y seguridad industrial, programa de salud ocupacional, planes de emergencia, para proteger la salud en el trabajo aplicando		Se generan y aplican las normas de gestión ambiental de acuerdo con las capacitaciones recibidas
11	Formular ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones.		Se realizaron los correctivos necesarios para colaborar con el cumplimiento de metas y proyectos del área asignada
12	Desarrollar las demás actividades que le sean asignadas y afines al objeto institucional requerido.		Se desarrollaron las demás actividades que se solicitaron

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

NUMERO DE CONTRATO Y/U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS: 223 de 2015

NOMBRE CONTRATISTA BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA

OBJETO CONTRACTUAL Desarrollar las funciones de gestion telefonica que permita la adecuada comunicacion a nivel interno y externo de la institucion garantizando la calidad y oportunidad de la misma.

INFORME DE ACTIVIDADES: DE_1 de junio de 2015 _ A _ 30 de junio de 2015

Desarrollar las demás actividades afines al objeto institucional requerido. Además de las anteriores el contratista tendrá las siguientes: a) Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones o cualquier acto de autoridad Nacional o distrital vigentes que tengan 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 e inmuebles del Hospital entregados para la ejecución de las actividades propias del objeto de la presente orden de la 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, proceso 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

Las actividades se desarrollaron dentro del marco y la normatividad establecida, se entrega las copia de pago de los soportes de (salud, pensión y ARP) correspondientes.

Blanca Marina Buitrago
Nombre y Firma del Contratista

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

Anna Leon Anguedo
Firma Supervisor

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

COLSUBSIDIO
1 DE MAYO

DOCUMENTO SOPORTE

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECIBIDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
FORMULA : 8831936292

Código Descripción Cant Valor
693927 RECIBIDO PIA 1 187044



DOCUMENTO
1506060010463889
CONSECUTIVO: 001

MAY 06, 15 08:48

06/Jun/2015 08:48 3100 10 0004 337454
(COPIA CLIENTE)

PAGOSIMPLE

Practura

2:07:09:42:39 AM Tipo Planilla: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: febrero de 2015

Periodo Servicio: febrero de 2015

Número Planilla: 8843091292

Referencia pago (PIN): 8831936292

GUARDADA 29/10/2015

DIRECCION		TRA 5 ESTE 15A 32
Teléfono		3044694563
Forma Presentación		UNICO
Departamento		BOGOTA D.C.
Identificación		CC41474057

Desde después de las 4:00 PM este se hará efectivo al día habi siguiente: recuerde revisar su liquidación antes del pago. SIMPLE S.A. da por entendido que el nombramiento suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante.

Pensiones		Salud		Riesgos		Cajas		Participales		Total
Administración	IGC Previd	IGC Salud	IGC Riesgo	Administración	IGC Riesgo	Administración	IGC Cajas	Administración	IGC Part.	Total
584.260	5.000	584.260	5.000	584.260	5.000	584.260	5.000	584.260	5.000	584.260
SUBTOTAL GW										
TOTAL FINAL										

Periodo de cotización salud											
Periodo	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Aportes PIS	5.000										
Aportes Salud	5.000										
Aportes Riesgo	5.000										
Aportes Cajas	5.000										
Aportes Part.	5.000										

fam-Colsubsidio-

Grupo Exilo-Financiera-Comandi Grupo Exilo-Financiera-



888831936292000000991231



(415)7709998485884(8020)8831936292(3900)000000(96)20991231

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 01800 971 971 -

Más que Fácil, SIMPLE!

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





GTH-R05A-DI-FT- 562

Página 1 de 1

**CERTIFICACIÓN DE PAGO DEL SUPERVISOR AL
CONTRATISTA**

Versión: 03

Fecha: 2014-12-26



EL (LA) SUSCRITO (A) SUPERVISOR(A)

HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICA QUE:

NOMBRE DE CONTRATISTA BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA IDENTIFICADO (A) CON C.C 41.474.057

No. ORDEN (Favor relacionar Orden principal y Adiciones en caso que aplique) 223 / 2015

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

Del 1de Julio del 2015 Al 31 de julio del 2015

CUMPLIO A SATISFACCION CON EL OBJETO CONTRACTUAL? SI NO

***NOVEDADES: _____

Cordialmente,

FIRMA DEL SUPERVISOR:

Alma Ariz Ampudia 1

NOMBRE SUPERVISOR:

CARGO O ACTIVIDAD :

Subgerente Administrativo y financiero

***Novedades: Hace referencia a las situaciones que afectan el desarrollo de las actividades tales como: suspensiones, reinicio de OPS, rotación de sitio de actividades, incapacidades, disminución o aumento de tiempo contratado, terminación anticipada u

Bogotá, julio de 2015

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

CERTIFICACIÓN

Yo BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía NO. 41.474.057 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. 223 de 2015 materia de pago sujeto de retención, de acuerdo al siguiente detalle:

No.OPS	INGRESO MENSUAL	INGRESO BASE DE COTIZACION	APORTE SALUD	APORTE PENSION	APORTE ARL	No. PLANILLA MES: julio
223	\$1.145.000	\$644.350	\$80.544	\$103.100	\$3.400	No 8843081292
			Intereses	Intereses	Intereses	
			\$	\$		
			Total	Total	Total	
			\$80.544	\$103.100	\$3.400	

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

Atentamente,


BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA
C.C. No. 41.474.057 Expedida en Bogotá

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

NUMERO DE CONTRATO Y/U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS: 223 de 2015

NOMBRE CONTRATISTA BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA

OBJETO CONTRACTUAL Desarrollar las funciones de gestion telefonica que permita la adecuada comunicacion a nivel interno y externo de la institucion garantizando la calidad y oportunidad de la misma.

INFORME DE ACTIVIDADES de 1 de julio a 31 de julio del 2015

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	Recepcionar y trasladar las llamadas externas (Institucionales, sociales, usuarios) e internas que requieran la comunicacion con los colaboradores del Hospital e informacion especifica sobre alguna area		Se recepcionaron las llamadas externas e interna de acuerdo a como ingresaron en el conmutador
2	Informar y orientar telefonicamente de manera adecuada a las personas que le requieran informacion general sobre la institucion (horarios de atencion, prestacion de servicios etc)		La informacion que fue solicitada por este medio se respondió y se direcciono de acuerdo con los protocolos establecidos
3	Manejar el conmutador institucional, garantizando su adecuado funcionamiento.		Durante el periodo no se presento ningún inconveniente con el conmutador, ni se reporto daño alguno del mismo
4	Registrar en el libro institucional correspondiente las llamadas internas y externas recibidas con los datos necesarios para su control		Se realizo el registro en el libro de las correspondientes llamadas interna y externas para e el respectivo control
5	Recepcionar y responder por los mensajes telefonicos externos e internos dirigidos por y a los colaboradores del Hospital.		Se recepcionaron los mensajes y se distribuyeron de acuerdo a los colaboradores que fueron solicitados
6	Elaborar el informe sobre el registro de las llamadas recibidas y presentarlo oportunamente a la coordinacion del area de Recursos Fisicos, el periodo estudiado		Se elaboro el registro respectivo de las llamadas recibidas oportunamente
7	Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos de registro de informacion, que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad.		Se elaboraron de manera clara y oportuna los instrumentos de registro de informacion
8	Coadyuvar a cumplimiento del plan de gestion institucional, a través del cumplimiento de las metas contractuales y establecidas en los planes y proyectos en el área asignada		Se realizaron las actividades necesarias para colaborar con el cumplimiento de metas y proyectos del área asignada
9	Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por lo elementos dados a su responsabilidad		Se realiza con efectividad y cuidado del patrimonio institucional que esta bajo mi responsabilidad
10	Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental, residuos hospitalarios, manual de higiene y seguridad industrial, programa de salud ocupacional, planes de emergencia, para proteger la salud en el trabajo aplicando		Se generan y aplican las normas de gestión ambiental de acuerdo con las capacitaciones recibidas
11	Formular ejecutarlas acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones.		Se realizaron los correctivos necesarios para colaborar con el cumplimiento de metas y proyectos del área asignada
12	Desarrollar las demás actividades que le sean asignadas y afines al objeto institucional requerido.		Se desarrollaron las demás actividades que se solicitaron

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

NUMERO DE CONTRATO Y/O ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS: 223 de 2015

NOMBRE CONTRATISTA BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA

OBJETO CONTRACTUAL Desarrollar las funciones de gestion telefonica que permita la adecuada comunicacion a nivel interno y externo de la institucion garantizando la calidad y oportunidad de la misma.

INFORME DE ACTIVIDADES de 1 de julio a 31 de julio del 2015

Desarrollar las demás actividades afines al objeto institucional requerido. Además de las anteriores el contratista tendrá las siguientes: a) Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones o cualquier acto de autoridad Nacional o distrital vigentes que tengan 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 e inmuebles del Hospital entregados para la ejecución de las actividades propias del objeto de la presente orden de la 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, proceso 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 autoridades competentes.

Las actividades se desarrollaron dentro del marco y la normatividad establecida, se entrega las copia de pago de los soportes de (salud, pensión y ARP) correspondientes.

Blanca Marina Buitrago
Nombre y Firma del Contratista

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

Ana An... ..
Firma Supervisor

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

COLSUBSIDIO
UNICENTRO DE OCCIDENTE

DOCUMENTO SOPORTE

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
FORMULA : 8831936292

Codigo Descripción Cant Valor
593927 RECAUDO PLA 1 187044
187044

DOCUMENTO



1507040023776469
CONSECUTIVO: 001

JUL 04, 15 13:02

14/JUL/2015 13:02 1251 23 0076 3954151
(COPIA CLIENTE)

PAGOSIMPLE

Profecitura

20:07:09:42:39 AM Tipo Planilla: I-PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: febrero de 2015

Periodo Servicio: febrero de 2015

Número Planilla: 8843081292

Referencia pago (PIN): 8831936292

GUARDADA: 29/01/2015

TRAGO	Dirección	TRA 5 ESTE 15A 32
	Teléfono	3044694563
	Forma Presentación	UNICO
	Departamento	BOGOTA D.C.
	Identificación	CC41474057
	Total Afiliados	1

porte después de las 4:00 PM este se hará efectivo al día hábil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago. SIMPLE S.A. da por entendido que el nombramiento suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante.

	Pensiones		Salud		Riesgos		Cajas		Parafiscales		Total
Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Parafiscales	Aportes Parafiscales	Aportes Parafiscales	Aportes Parafiscales	
\$ 0	\$ 0	\$ 3.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 187.044

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

fam-Colsubsidio-



88888319362920000000991231

Grupo Éxito-Finamérica-Comandí Grupo Éxito-Finamérica-

(415)7709998485884(8020)8831936292(3900)0000000991231

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

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





GFI-S06A-DI-FT-428

Página 1 de 1

**CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD
PRESUPUESTAL**

Versión: 06

Fecha: 2009-06-25



UNIDAD FUNCIONAL FINANCIERA
CENTRO DE COSTOS PRESUPUESTO

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

No. 8833

INSTITUCION HOSPITAL PABLO VI BOSA E. S. E.

FECHA 31/08/2015

COORDINADOR DE PRESUPUESTO

CERTIFICA:

Que en la fecha los registros de Ejecución Presupuestal muestran el siguiente saldo de apropiación:

Unid. Ejec.	Sub.	Cta. Grp	Cta. May	Cta. Sub.	Sub. Aux.	Nombre de Saldo Subaux.	Grupo Ord.	Ord.	Cuenta
3110204						REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS			

Se expide este certificado a solicitud del interesado:

NOMBRE: HENRY ARTURO HURTADO MOSQUERA

CARGO: Profesional Especializado Área Financiera

Para respaldar el siguiente compromiso: PRESTACION DE SERVICIOS

BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA CC 41474057
OPS 223

POR UN VALOR DE \$ 1.145.000

Sobre esta misma apropiación se han expedido a la fecha Certificados de Disponibilidad para compromisos por un Valor Acumulado Total de \$ 2.640.460.368 los cuales no han sido reservados ni anulados.

DISPONIBILIDAD NETA:\$ 262.594.632

Vigencia de este certificado:(60) días calendario a partir de su expedición.

COORDINADOR(A) PRESUPUESTO

**Original
Firmado Por
Henry Arturo Hurtado Mosquera
Prof. Especializado Financiera**

PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA FINANCIERA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

ADICION Y PRORROGA A LA ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL NO. 223 DE 2015

NUMERO: 0_ DE 2015
CONTRATANTE: HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL E.S.E.
CONTRATISTA: BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA
IDENTIFICACION: 41.474.057
ACTIVIDAD: AUXILIAR ADMINISTRATIVO
VALOR ADICION: \$ 1.145.000
PLAZO: Hasta el 30/9/2015 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 I NIVEL** con NIT. 800.219.600- 3, en calidad de Gerente, nombrada mediante Decreto No. 214 de 08 de mayo de 2012, quien para efectos de la presente se denominará **HOSPITAL** por una parte, y por la otra **BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA**, también mayor de edad, identificado (a) con documento número No. 41.474.057, actuando en su nombre y representación, en su calidad de **CONTRATISTA**, según reza la orden o contrato 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 o Contrato de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión Administrativa y Asistencial No. 223 de 2015. **SEGUNDA.-** Que existe la necesidad de adicionar en valor y prorrogar en plazo la orden de prestación para dar cumplimiento a los planes institucionales y necesidades del servicio. **TERCERA.-** Que el CONTRATISTA ha prestado sus servicios, cumpliendo con los objetivos propuestos y el objeto contractual según lo informado por el SUPERVISOR. **CUARTA.-** Que el Régimen de contratación del Hospital Pablo VI Bosa I Nivel E.S.E permite la celebración de la presente Adición y Prorroga. **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 o Contrato de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión Administrativa y Asistencial No. 223 de 2015, en la suma de UN MILLON CIENTO CUARENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE (\$ 1.145.000), que serán cancelados al contratista en las mismas condiciones que la orden o contrato principal.

SEGUNDA: PRORROGAR EN PLAZO la Orden de Prestación de Servicios o Contrato de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión Administrativa y Asistencial No. 223 de 2015 hasta el 30/9/2015 o hasta agotar la reserva presupuestal.

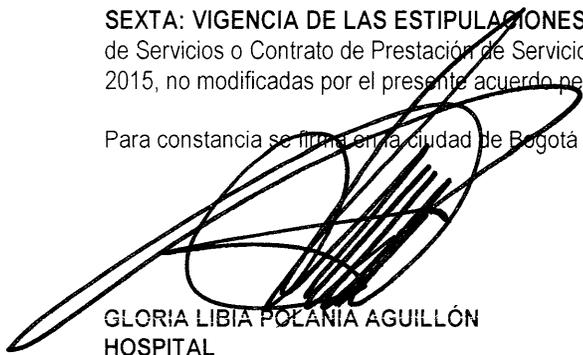
TERCERA: IMPUTACION PRESUPUESTAL: El gasto que ocasione la presente adición se hará con cargo al C.D.P. No. 8833 del 31 de Agosto de 2015, Rubro 3110204 - REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS - VIGENCIA 2015.

CUARTA: GARANTÍA.- EL CONTRATISTA se obliga a ampliar las garantías respectivas, por una vigencia igual a la convenida y un año más y el equivalente al 20% del valor, de acuerdo a la prórroga y valor pactados en las cláusulas primera y segunda de esta orden o contrato, respecto de los riesgos amparados en la orden o contrato principal, dentro de los tres (03) días hábiles siguientes a la suscripción de la presente Adición y Prorroga, si a ello hubiere lugar

QUINTA: PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION. La presente Adición y Prorroga 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 de Prestación de Servicios o Contrato de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión Administrativa y Asistencial No.223 de 2015, 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 uno (31) días del mes de Agosto de dos mil quince (2015)


GLORIA LIBIA POLANÍA AGUILLÓN
HOSPITAL


BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA
CONTRATISTA

Proyectó: Oficina Talento Humano – MAGD . Revisó: MLN 



Carrera 771 Bis No 69B - 76 Sur
Barrio Pablo VI Bosa
PBX: 7799800
www.hospitalpablovibosa.gov.co
correspondencia@hospitalpablovibosa.gov.co



BOGOTÁ
HUMANA



GFI-S06A-DI-FT-429

Página 1 de 1

CERTIFICADO DE RESERVA PRESUPUESTAL

Versión: 05

Fecha: 2009-06-25



No.8690 de 2015

CODIGO 3110204

RUBRO REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS

C. D. P . No 8833 del 31/08/2015

VALOR: \$ 1.145.000

CONTRATO: ADICION Y PRORROGA A LA ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL No, 223 AÑO 2015

A NOMBRE DE: BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA
CC 41474057

OBJETO: ADICIONAR EN VALOR Y PRORROGAR TERMINO DE EJECUCION DE LA ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS

Se expide en Bogotá, D.C., 31/08/2015


COORDINADOR DE PRESUPUESTO



GTH-R05A-DI-FT- 562

Página 1 de 1

**CERTIFICACIÓN DE PAGO DEL SUPERVISOR AL
CONTRATISTA**

Versión: 03

Fecha: 2014-12-26



EL (LA) SUSCRITO (A) SUPERVISOR(A)

HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICA QUE:

NOMBRE DE CONTRATISTA BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA IDENTIFICADO (A) CON C.C 41.474.057

No. ORDEN (Favor relacionar Orden principal y Adiciones en caso que aplique) 223 / 2015

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

Del 1de Agosto del 2015 Al 31 de Agosto del 2015

CUMPLIO A SATISFACCION CON EL OBJETO CONTRACTUAL? SI NO

***NOVEDADES: _____

Cordialmente,

FIRMA DEL SUPERVISOR:

Blanca Marina Buitrago Murcia

NOMBRE SUPERVISOR:

CARGO O ACTIVIDAD :

***Novedades: Hace referencia a las situaciones que afectan el desarrollo de las actividades tales como: suspensiones, reinicio de OPS, rotación de sitio de actividades, incapacidades, disminución o aumento de tiempo contratado, terminación anticipada u

Bogotá, Agosto de 2015

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

CERTIFICACIÓN

Yo BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía NO. 41.474.057 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. 223 de 2015 materia de pago sujeto de retención, de acuerdo al siguiente detalle:

No.OPS	INGRESO MENSUAL	INGRESO BASE DE COTIZACION	APORTE SALUD	APORTE PENSION	APORTE ARL	No. PLANILLA MES: Agosto
223	\$1.145.000	\$644.350	\$80.544	\$103.100	\$3.400	No 8860998290
			Intereses	Intereses	Intereses	
			\$	\$		
			Total	Total	Total	
			\$80.544	\$103.100	\$3.400	

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

Atentamente,


BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA
C.C. No. 41.474.057 Expedida en Bogotá

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

NUMERO DE CONTRATO Y/O ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS: 223 de 2015

NOMBRE CONTRATISTA BLANCA MARINA BUTRAGO MURCIA

OBJETO CONTRACTUAL

Desarrollar las funciones de gestión telefónica que permita la adecuada comunicación a nivel interno y externo de la institución garantizando la calidad y oportunidad de la misma.

1 INFORME DE ACTIVIDADES DEL 01 DE AGOSTO AL 31 DE AGOSTO DE 2015

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	Recepcionar y trasladar las llamadas externas (Institucionales, sociales, usuarios) e internas que requieran la comunicación con los colaboradores del Hospital e información específica sobre alguna área		Se recepcionaron las llamadas externas e interna de acuerdo a como ingresaron en el conmutador
2	Informar y orientar telefónicamente de manera adecuada a las personas que le requieran información general sobre la institución (horarios de atención, prestación de servicios etc)		La información que fue solicitada por este medio se respondió y se dirigió de acuerdo con los protocolos establecidos
3	Manejar el conmutador institucional, garantizando su adecuado funcionamiento		Durante el período no se presentó ningún inconveniente con el conmutador, ni se reportó daño alguno del mismo
4	Registrar en el libro institucional correspondiente las llamadas internas y externas recibidas con los datos necesarios para su control		Se realizó el registro en el libro de las correspondientes llamadas interna y externas para el respectivo control
5	Recepcionar y responder por los mensajes telefónicos externos e internos dirigidos por y a los colaboradores del Hospital.		Se recepcionaron los mensajes y se distribuyeron de acuerdo a los colaboradores que fueron solicitados
6	Elaborar el informe sobre el registro de las llamadas recibidas y presentarlo oportunamente a la coordinación del área de Recursos Físicos, el período estipulado		Se elaboró el registro respectivo de las llamadas recibidas oportunamente
7	Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos de registro de información, que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad.		Se elaboraron de manera clara y oportuna los instrumentos de registro de información
8	Coordinar a cumplimiento del plan de gestión institucional, a través del cumplimiento de las metas contractuales y establecidas en los planes y proyectos en el área <u>asignada</u>		Se realizaron las actividades necesarias para colaborar con el cumplimiento de metas y proyectos del área asignada
9	Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por lo elementos dados a su responsabilidad		Se realiza con efectividad y cuidado del patrimonio institucional que está bajo mi responsabilidad
10	Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental, residuos hospitalarios, manual de higiene y seguridad industrial, programa de salud ocupacional, planes de emergencia, para proteger la salud en el trabajo aplicando		Se generan y aplican las normas de gestión ambiental de acuerdo con las capacitaciones recibidas
11	Formular ejecutivas acciones preventivas y / o correctivas, y / o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones.		Se realizaron los correctivos necesarios para colaborar con el cumplimiento de metas y proyectos del área asignada
12	Desarrollar las demás actividades que le sean asignadas y afines al objeto institucional requeriendo		Se desarrollaron las demás actividades que se solicitaron

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

NUMERO DE CONTRATO Y/O ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS: 223 del 2015

NOMBRE CONTRATISTA : BLANCA MARINA BUTRAGO MURCIA

OBJETO CONTRACTUAL : **PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL PROCESO DE GESTION FINANCIERA DEL HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL E.S.E PARA LA OFICINA ADMINISTRATIVA ENCARGADA.**

INFORME DE ACTIVIDADES: Del 01 de Agosto al 31 de Agosto de 2015

No.	ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO REPORTADO	OBSERVACIONES	SOPORTE O EVIDENCIA (Corresponde a los documentos, actas, registros y/o informes, soportes)
13	<p>Desarrollar las demas actividades afines al objeto institucional requerido. Además de las anteriores el contratista tendra las siguientes: a) cumplir con las leyes, decretos, acuerdo, resoluciones o cualquier acto de autoridad nacional o distrital vigentes que tengan relacion con la ejecucion del objeto del presente orden de prestacion de servicios, b) velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos o bienes inmuebles del hospital entregados para la ejecucion de las actividades propias del objeto de la presente orden de prestacion de servicios, c) pagar sus aportes de salud, pension y riesgos profesionales durante la ejecucion de la presente orden de prestacion de servicios sobre los montos legales establecidos, d) dar cumplimiento a las guias de manejo, planes de mejoramiento, proceso y procedimientos institucionales, e) responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones contenidas en la clausula segunda de la presente orden de prestacion de servicios, f) abstenerse de divulgar la informacion almacenada en algun medio o dispositivo de cualquier tipo que pertenezca o utilice a la institucion sin el consentimiento de las directivas del mismo</p>		<p>Las actividades se desarrollaron dentro del marco y la normatividad establecida, se entrega las copia de pago de los soportes de (salud, pension y ARL) correspondientes.</p>

Blanca Marina Butrago Murcia
Nombre y Firma del Contratista

Auxiliar Administrativo
Actividad (Auxiliar, Tecnico, Profesional, Profesional Especializado, otro)

Blanca Butrago
Firma Supervisor

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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

ADICION Y PRORROGA A LA ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL NO. 223 DE 2015

NUMERO: 0_ DE 2015
CONTRATANTE: HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL E.S.E.
CONTRATISTA: BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA
IDENTIFICACION: 41.474.057
ACTIVIDAD: AUXILIAR ADMINISTRATIVO
VALOR ADICION: \$ 2.290.000
PLAZO: Hasta el 30/11/2015 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 I NIVEL con NIT. 800.219.600- 3, en calidad de Gerente, nombrada mediante Decreto No. 214 de 08 de mayo de 2012, quien para efectos de la presente se denominará **HOSPITAL** por una parte, y por la otra **BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA**, también mayor de edad, identificado (a) con documento número No. 41.474.057, actuando en su nombre y representación, en su calidad de **CONTRATISTA**, según reza la orden o contrato 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 o Contrato de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión Administrativa y Asistencial No. 223 de 2015. **SEGUNDA.-** Que existe la necesidad de adicionar en valor y prorrogar en plazo la orden de prestación para dar cumplimiento a los planes institucionales y necesidades del servicio. **TERCERA.-** Que el CONTRATISTA ha prestado sus servicios, cumpliendo con los objetivos propuestos y el objeto contractual según lo informado por el SUPERVISOR. **CUARTA.-** Que el Régimen de contratación del Hospital Pablo VI Bosa I Nivel E.S.E permite la celebración de la presente Adición y Prorroga. **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 o Contrato de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión Administrativa y Asistencial No. 223 de 2015, en la suma de DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE (\$ 2.290.000), que serán cancelados al contratista en las mismas condiciones que la orden o contrato principal.

SEGUNDA: PRORROGAR EN PLAZO la Orden de Prestación de Servicios o Contrato de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión Administrativa y Asistencial No. 223 de 2015 hasta el 30/11/2015 o hasta agotar la reserva presupuestal.

TERCERA: IMPUTACION PRESUPUESTAL: El gasto que ocasione la presente adición se hará con cargo al C.D.P. No. 9313 del 25 de Septiembre de 2015, Rubro 3110204 - REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS - VIGENCIA 2015.

CUARTA: GARANTÍA.- EL CONTRATISTA se obliga a ampliar las garantías respectivas, por una vigencia igual a la convenida y un año más y el equivalente al 20% del valor, de acuerdo a la prórroga y valor pactados en las cláusulas primera y segunda de esta orden o contrato, respecto de los riesgos amparados en la orden o contrato principal, dentro de los tres (03) días hábiles siguientes a la suscripción de la presente Adición y Prorroga, si a ello hubiere lugar

QUINTA: PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION. La presente Adición y Prorroga 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 de Prestación de Servicios o Contrato de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión Administrativa y Asistencial No.223 de 2015, 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 veinte y ocho (28) días del mes de septiembre de dos mil quince (2015)

GLORIA LIBIA POLANÍA AGUILLÓN
HOSPITAL

Blanca Marina Buitrago
BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA
CONTRATISTA

Proyectó: Oficina Talento Humano – MAGDA Revisó: MLN

Carrera 771 Bis No 69B - 76 Sur
Barrio Pablo VI Bosa
PBX:7799800
www.hospitalpablovibosa.gov.co
correspondencia@hospitalpablovibosa.gov.co





GTH-R05A-DI-FT- 562

Página 1 de 1

**CERTIFICACIÓN DE PAGO DEL SUPERVISOR AL
CONTRATISTA**

Versión: 03

Fecha: 2014-12-26



EL (LA) SUSCRITO (A) SUPERVISOR(A)

HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICA QUE:

NOMBRE DE CONTRATISTA BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA IDENTIFICADO (A) CON C.C 41.474.057

No. ORDEN (Favor relacionar Orden principal y Adiciones en caso que aplique) 223 / 2015

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

Del 1 de Septiembre del 2015 Al 30 de Septiembre del 2015

CUMPLIO A SATISFACCION CON EL OBJETO CONTRACTUAL? SI NO

***NOVEDADES: _____

Cordialmente,

FIRMA DEL SUPERVISOR:

NOMBRE SUPERVISOR:

CARGO O ACTIVIDAD :

***Novedades: Hace referencia a las situaciones que afectan el desarrollo de las actividades tales como: suspensiones, reinicio de OPS, rotación de sitio de actividades, incapacidades, disminución o aumento de tiempo contratado, terminación anticipada u

Bogotá, Septiembre de 2015

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

CERTIFICACIÓN

Yo BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía NO. 41.474.057 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. 223 de 2015 materia de pago sujeto de retención, de acuerdo al siguiente detalle:

No.OPS	INGRESO MENSUAL	INGRESO BASE DE COTIZACION	APORTE SALUD	APORTE PENSION	APORTE ARL	No. PLANILLA MES: septiembre
223	\$1.145.000	\$644.350	\$80.544	\$103.100	\$3.400	No 8865302960
			Intereses	Intereses	Intereses	
			\$	\$		
			Total	Total	Total	
			\$80.544	\$103.100	\$3.400	

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

Atentamente,


BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA
C.C. No. 41.474.057 Expedida en Bogotá

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

NUMERO DE CONTRATO Y/O ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS: 223 de 2015

NOMBRE CONTRATISTA BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA

OBJETO CONTRACTUAL
 Desarrollar las funciones de gestion telefonica que permita la adecuada comunicacion a nivel interno y externo de la institucion garantizando la calidad y oportunidad de la misma.

INFORME DE ACTIVIDADES: de 1 de septiembre a 30 de septiembre del 2015

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	Recepcionar y trasladar las llamadas externas (Institucionales, sociales, usuarios) e internas que requieran la comunicacion con los colaboradores del Hospital e informacion especifica sobre alguna area		Se recepcionaron las llamadas externas e interna de acuerdo a como ingresaron en el conmutador
2	Informar y orientar telefonicamente de manera adecuada a las personas que le requieran informacion general sobre la institucion (horarios de atencion, prestacion de servicios etc)		La informacion que fue solicitada por este medio se respondo y se direcciono de acuerdo con los protocolos establecidos
3	Manejar el conmutador institucional, garantizando su adecuado funcionamiento.		Durante el periodo no se presento ningun inconveniente con el conmutador, ni se reporto dano alguno del mismo
4	Registrar en el libro institucional correspondiente las llamadas internas y externas recibidas con los datos necesarios para su control		Se realizo el registro en el libro de las correspondientes llamadas interna y externas para e el respectivo control
5	Recepcionar y responder por los mensajes telefonicos externos e internos dirigidos por y a los colaboradores del Hospital.		Se recepcionaron los mensajes y se distribuyeron de acuerdo a los colaboradores que fueron solicitados
6	Elaborar el informe sobre el registro de las llamadas recibidas y presentarlo oportunamente a la coordinacion del area de Recursos Fisicos, el periodo estudiado		Se elaboro el registro respectivo de las llamadas recibidas oportunamente
7	Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos de registro de informacion, que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad.		Se elaboraron de manera clara y oportuna los instrumentos de registro de informacion
8	Coadyudar a cumplimiento del plan de gestion institucional, a través del cumplimiento de las metas contractuales y establecidas en los planes y proyectos en el area asignada		Se realizaron las actividades necesarias para colaborar con el cumplimiento de metas y proyectos del área asignada
9	Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por lo elementos dados a su responsabilidad		Se realiza con efectividad y cuidado del patrimonio institucional que esta bajo mi responsabilidad
10	Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental, residuos hospitalarios, manual de higiene y seguridad industrial, programa de salud ocupacional, planes de emergencia, para proteger la salud en el trabajo aplicando		Se generan y aplican las normas de gestión ambiental de acuerdo con las capacitaciones recibidas
11	Formular ejecutivas acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones.		Se realizaron los correctivos necesarios para colaborar con el cumplimiento de metas y proyectos del área asignada
12	Desarrollar las demás actividades que le sean asignadas y afines al objeto institucional requerido.		Se desarrollaron las demás actividades que se solicitaron

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

NUMERO DE CONTRATO Y/U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS: 223 de 2015

NOMBRE CONTRATISTA BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA

OBJETO CONTRACTUAL Desarrollar las funciones de gestion telefonica que permita la adecuada comunicacion a nivel interno y externo de la institucion garantizando la calidad y oportunidad de la misma.

INFORME DE ACTIVIDADES: de 1 de septiembre a 30 de septiembre del 2015

Desarrollar las demás actividades afines al objeto institucional requerido. Además de las anteriores el contratista tendrá las siguientes: a) Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones o cualquier acto de autoridad Nacional o distrital vigentes que tengan 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 e inmuebles del Hospital entregados para la ejecución de las actividades propias del objeto de la presente orden de la 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, proceso 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 autoridades del sistema.

Las actividades se desarrollaron dentro del marco y la normatividad establecida, se entrega las copia de pago de los soportes de (salud, pensión y ARP) correspondientes.

Blanca Marina Buitrago
 Nombre y Firma del Contratista

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

Alma Arce Amparado
 Firma Supervisor

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



GTH-R05A-DI-FT- 562

Pagina 1 de 1

CERTIFICACIÓN DE PAGO DEL SUPERVISOR AL CONTRATISTA

Versión: 03

Fecha: 2014-12-26



EL (LA) SUSCRITO (A) SUPERVISOR(A)

HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICA QUE:

NOMBRE DE CONTRATISTA: BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA IDENTIFICADO (A) CON C.C 41.474.057

No. ORDEN (Favor relacionar Orden principal y Adiciones en caso que aplique) 223 DE 2015

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

Del 01 DE OCTUBRE AI 31 DE OCTUBRE DE 2015

CUMPLIO A SATISFACCION CON EL OBJETO CONTRACTUAL? SI NO

***NOVEDADES: _____

Cordialmente,

FIRMA DEL SUPERVISOR:
NOMBRE SUPERVISOR: ALMA AXIRA AMPUDIA ARRIAGA
CARGO O ACTIVIDAD : SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

***Novedades: Hace referencia a las situaciones que afectan el desarrollo de las actividades tales como: suspensiones, reinicio de OPS, rotación de sitio de actividades, incapacidades, disminución o aumento de tiempo contratado, terminación anticipada u otras novedades afines que se puedan presentar durante el desarrollo del objeto contractual.

Bogotá, Octubre de 2015

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

CERTIFICACIÓN

Yo BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía NO. 41.474.057 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. 223 de 2015 materia de pago sujeto de retención, de acuerdo al siguiente detalle:

No. OPS	INGRESO MENSUAL	INGRESO BASE DE COTIZACION	APORTE SALUD	APORTE PENSION	APORTE ARL	No. PLANILLA MES: Octubre/2015
223 de 2015	\$1.145.000	\$644.350	\$80.544	\$103.100	\$3.400	No 8868428280
			Intereses	Intereses	Intereses	
			Total \$80.544	Total \$103.100	Total \$3400	

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

Atentamente,


BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA
C.C. No. 41.474.057 Expedida en Bogotá.

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

NUMERO DE CONTRATO Y/O ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS: 223 de 2015

NOMBRE CONTRATISTA BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA

OBJETO CONTRACTUAL Desarrollar las funciones de gestion telefonica que permita la adecuada comunicacion a nivel interno y externo de la institucion garantizando la calidad y oportunidad de la misma.

INFORME DE ACTIVIDADES: 01 DE OCTUBRE DE 2015 AL 31 DE OCTUBRE DE 2015

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	Recepcionar y trasladar las llamadas externas (Institucionales, sociales, usuarios) e internas que requieren la comunicacion con los colaboradores del Hospital e informacion especifica sobre alguna area		Se recepcionaron las llamadas externas e interna de acuerdo a como ingresaron en el conmutador
2	Informar y orientar telefonicamente de manera adecuada a las personas que le requieran informacion general sobre la institucion (horarios de atencion, prestacion de servicios etc)		La informacion que fue solicitada por este medio se respondio y se direcciono de acuerdo con los protocolos establecidos
3	Manejar el conmutador institucional, garantizando su adecuado funcionamiento.		Durante el periodo no se presento ningun inconveniente con el conmutador, ni se reporto dano alguno del mismo
4	Registrar en el libro institucional correspondiente las llamadas internas y externas recibidas con los datos necesarios para su control		Se realizo el registro en el libro de las correspondientes llamadas interna y externas para el respectivo control
5	Recepcionar y responder por los mensajes telefonicos externos e internos dirigidos por y a los colaboradores del Hospital		Se recepcionaron los mensajes y se distribuyeron de acuerdo a los colaboradores que fueron solicitados
6	Elaborar el informe sobre el registro de las llamadas recibidas y presentarlo oportunamente a la coordinacion del area de Recursos Fisicos, el periodo estipulado		Se elaboro el registro respectivo de las llamadas recibidas oportunamente
7	Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos de registro de informacion, que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad.		Se elaboraron de manera clara y oportuna los instrumentos de registro de informacion
8	Coadyuvar a cumplimiento del plan de gestion institucional, a traves del cumplimiento de las metas contractuales y establecidas en los planes y proyectos en el area asignada		Se realizaron las actividades necesarias para colaborar con el cumplimiento de metas y proyectos del area asignada
9	Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por lo elementos dados a su responsabilidad		Se realiza con electricidad y cuidado del patrimonio institucional que esta bajo mi responsabilidad
10	Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestion Ambiental, residuos hospitalarios, manual de higiene y seguridad industrial, programa de salud ocupacional, planes de emergencia, para proteger la salud en el trabajo aplicando		Se generan y aplican las normas de gestion ambiental de acuerdo con las capacitaciones recibidas
11	Formular ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones.		Se realizaron los correctivos necesarios para colaborar con el cumplimiento de metas y proyectos del area asignada
12	Desarrollar las demas actividades que le sean asignadas y afines al objeto institucional requerido		Se desarrollaron las demas actividades que se solicitaron

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

NUMERO DE CONTRATO Y/U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS: 223 de 2015 ✓

NOMBRE CONTRATISTA BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA

OBJETO CONTRACTUAL Desarrollar las funciones de gestion telefonica que permita la adecuada comunicacion a nivel interno y externo de la institucion garantizando la calidad y oportunidad de la misma.

INFORME DE ACTIVIDADES: 01 DE OCTUBRE DE 2015 AL 31 DE OCTUBRE DE 2015 ✓

Desarrollar las demás actividades afines al objeto institucional requerido. Además de las anteriores el contratista tendrá las siguientes: a) Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdo, Resoluciones o cualquier acto de autoridad Nacional o distrital vigentes que tengan relacion 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 e inmuebles del Hospital entregados para la ejecución de las actividades propias del objeto de la presente orden de la 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, proceso 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 la

Las actividades se desarrollaron dentro del marco y la normatividad establecida, se entrega las copia de pago de los soportes de (salud, pensión y ARP) correspondientes

Blanca Marina Buitrago

Nombre y Firmá del Contratista

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

Profesional Especializado, otro)

Ama Bxiz Amp-diz

Firma Supervisor

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

COLSUBSIDIO
S O A C H A

AGENTE RETENEDOR DE IVA
NIT 860.007.336-1

Código	Descripción	Valor
693927	RECAUDO PLANILLA S	187.044
	TOTAL -->	187.044
	EFFECTIVO	200.000
	Ajuste al Cambio	44-

CAMBIO 13.000

TOTAL ART. VENDIDOS = 0

ATENDIDO POR: DANIEL FONSECA

03/Oct/2015 10:17:1276 05 0065 8079286
COLSUBSIDIO
CON TODO LO QUE TE MERECE

CLIENTE

PAGOSIMPLE | Prefectura

22-07, 09:42:39 AM Tipo Planilla: I. PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 8843081292

Periodo Cotización: febrero de 2015

Periodo Servicio: febrero de 2015

Referencia pago (PIN): 8831936292

GUARDADA 29/01/2015

TRAGO	Dirección	TRA 5 ESTE 15A 32
	Teléfono	3044694563
	Forma Presentación	UNICO
	Departamento	BOGOTA D.C.
MARINA	Identificación	CC41474057
	Total Afiliados	1

Importe después de las 4:00 PM este se hará efectivo al día hábil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago, SIMPLE S.A. da por entendido que el información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante.

Pensiones		Salud		Riesgos		Cajas		Parafiscales		Total	
Administradora	IBIC Pensión	Administradora	IBIC Salud	Administradora	IBIC Riesgos	Administradora	IBIC Cajas	Aporte Aporte	Aporte Aporte	Aporte Aporte	Aporte Aporte
\$ 844.398	\$ 101.100	\$ 844.398	\$ 101.100	\$ 844.398	\$ 101.100	\$ 844.398	\$ 101.100	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00
Aportes FSS		Aportes Salud		Aportes Riesgos		Aportes Cajas		Aportes ESAP		Aportes Minutario	
\$ 80.544		\$ 3.400		\$ 3.400		\$ 3.400		\$ 0.00		\$ 0.00	
Aportes FSP		Aportes Salud		Aportes Riesgos		Aportes Cajas		Aportes ESAP		Aportes Minutario	
\$ 0.00		\$ 0.00		\$ 0.00		\$ 0.00		\$ 0.00		\$ 0.00	
Subtotal Sin Intereses		Subtotal Sin Intereses		Subtotal Sin Intereses		Subtotal Sin Intereses		Subtotal Sin Intereses		Subtotal Sin Intereses	
\$ 167.044		\$ 167.044		\$ 167.044		\$ 167.044		\$ 167.044		\$ 167.044	

Periodo de cotización salud											
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ifam-Colsubsidio-



888831936292000000991231

Grupo Éxito-Finamerica-Comfandi Grupo Éxito-Finamérica-



(415)7709998485884/(8020)8831936292(3900)000000(96)20891231

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





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

ADICION Y PRORROGA A LA ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL NO. 223 DE 2015

NUMERO: 0_ DE 2015
CONTRATANTE: HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL E.S.E.
CONTRATISTA: BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA
IDENTIFICACION: 41.474.057
ACTIVIDAD: AUXILIAR ADMINISTRATIVO
VALOR ADICION: \$ 877.833
PLAZO: Hasta el 23/12/2015 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 I NIVEL con NIT. 800.219.600- 3, en calidad de Gerente, nombrada mediante Decreto No. 214 de 08 de mayo de 2012, quien para efectos de la presente se denominará **HOSPITAL** por una parte, y por la otra **BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA**, también mayor de edad, identificado (a) con documento número No. 41.474.057, actuando en su nombre y representación, en su calidad de **CONTRATISTA**, según reza la orden o contrato 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 o Contrato de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión Administrativa y Asistencial No. 223 de 2015. **SEGUNDA.-** Que existe la necesidad de adicionar en valor y prorrogar en plazo la orden de prestación para dar cumplimiento a los planes institucionales y necesidades del servicio. **TERCERA.-** Que el CONTRATISTA ha prestado sus servicios, cumpliendo con los objetivos propuestos y el objeto contractual según lo informado por el SUPERVISOR. **CUARTA.-** Que el Régimen de contratación del Hospital Pablo VI Bosa I Nivel E.S.E permite la celebración de la presente Adición y Prorroga. **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 o Contrato de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión Administrativa y Asistencial No. 223 de 2015, en la suma de OCHOCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE (\$ 877.833), que serán cancelados al contratista en las mismas condiciones que la orden o contrato principal.

SEGUNDA: PRORROGAR EN PLAZO la Orden de Prestación de Servicios o Contrato de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión Administrativa y Asistencial No. 223 de 2015 hasta el 23/12/2015 o hasta agotar la reserva presupuestal.

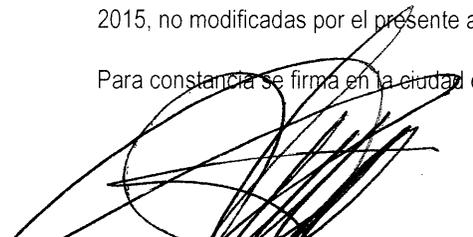
TERCERA: IMPUTACION PRESUPUESTAL: El gasto que ocasione la presente adición se hará con cargo al **C.D.P. No. 13675 del 30 de noviembre de 2015, Rubro 3110204 - REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS - VIGENCIA 2015.**

CUARTA: GARANTÍA.- EL CONTRATISTA se obliga a ampliar las garantías respectivas, por una vigencia igual a la convenida y un año más y el equivalente al 20% del valor, de acuerdo a la prórroga y valor pactados en las cláusulas primera y segunda de esta orden o contrato, respecto de los riesgos amparados en la orden o contrato principal, dentro de los tres (03) días hábiles siguientes a la suscripción de la presente Adición y Prorroga, si a ello hubiere lugar

QUINTA: PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION. La presente Adición y Prorroga 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 de Prestación de Servicios o Contrato de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión Administrativa y Asistencial No.223 de 2015, 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 noviembre de dos mil quince (2015)


GLORIA LIBIA POLANÍA AGUILLÓN
HOSPITAL


BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA
CONTRATISTA

Proyectó: Oficina Talento Humano – MAGD  Revisó: MLN 

Carrera 771 Bis No 69B - 76 Sur
 Barrio Pablo VI Bosa
 PBX 7795800
www.hospitalpablovibosa.gov.co
correspondencia@hospitalpablovibosa.gov.co



BOGOTÁ
HUMANA



GTH-R05A-DI-FT- 562

Pagina 1 de 1

CERTIFICACIÓN DE PAGO DEL SUPERVISOR AL CONTRATISTA

Versión: 03

Fecha: 2014-12-26



EL (LA) SUSCRITO (A) SUPERVISOR(A)

HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICA QUE:

NOMBRE DE CONTRATISTA BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA IDENTIFICADO (A) CON C.C 41,474,057

No. ORDEN (Favor relacionar Orden principal y Adiciones en caso que aplique) 223

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

De noviembre 01 DE 2015 al 30 de noviembre DE 2015

CUMPLIO A SATISFACCION CON EL OBJETO CONTRACTUAL? SI NO

***NOVEDADES: _____

Cordialmente,

FIRMA DEL SUPERVISOR: *Alma Axira Ampudia*

NOMBRE SUPERVISOR: ALMA AXIRA AMPUDIA ARRIAGA

CARGO O ACTIVIDAD : SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

***Novedades: Hace referencia a las situaciones que afectan el desarrollo de las actividades tales como: suspensiones, reinicio de OPS, rotación de sitio de actividades, incapacidades, disminución o aumento de tiempo contratado, terminación anticipada u otras novedades afines que se puedan presentar durante el desarrollo del objeto contractual.

Bogotá, Noviembre de 2015

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

CERTIFICACIÓN

Yo BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía NO. 41.474.057 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. 223 de 2015 materia de pago sujeto de retención, de acuerdo al siguiente detalle:

No.OPS	INGRESO MENSUAL	INGRESO BASE DE COTIZACION	APORTE SALUD	APORTE PENSION	APORTE ARL	No. PLANILLA MES: Noviembre
223	\$1.145.000	\$644.350	\$80.544	\$103.100	\$3.400	No 8871193290
			Intereses	Intereses	Intereses	
			\$	\$		
			Total	Total	Total	
			\$80.544	\$103.100	\$3.400	

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

Atentamente,


BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA
C.C. No. 41.474.057 Expedida en Bogotá

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

NUMERO DE CONTRATO Y/O ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS: 223 de 2015

NOMBRE CONTRATISTA: BLANCA MARINA BUTRAGO MURCIA

OBJETO CONTRACTUAL: Desarrollar las funciones de gestión telefónica que permita la adecuada comunicación a nivel interno y externo de la institución garantizando la calidad y oportunidad de la misma.

INFORME DE ACTIVIDADES: de 1 de Noviembre a 30 de Noviembre del 2015

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	Recepcionar y trasladar las llamadas externas (institucionales, sociales, usuarios) e internas que requieran la comunicación con los colaboradores del Hospital e información específica sobre alguna área		Se recepcionaron las llamadas externas e internas de acuerdo a como ingresaron en el conmutador
2	Informar y orientar telefónicamente de manera adecuada a las personas que le requieran información general sobre la institución (horarios de atención, prestación de servicios etc)		La información que fue solicitada por este medio se respondió y se dirigió de acuerdo con los protocolos establecidos
3	Mantener el conmutador institucional, garantizando su adecuado funcionamiento.		Durante el período no se presentó ningún inconveniente con el conmutador, ni se reportó daño alguno del mismo
4	Registrar en el libro institucional correspondiente las llamadas internas y externas recibidas con los datos necesarios para su control		Se realizó el registro en el libro de las correspondientes llamadas interna y externasp para el respectivo control
5	Recepcionar y responder por los mensajes telefónicos externos e internos dirigidos por y a los colaboradores del Hospital.		Se recepcionaron los mensajes y se distribuyeron de acuerdo a los colaboradores que fueron solicitados
6	Elaborar el informe sobre el registro de las llamadas recibidas y presentarlo oportunamente a la coordinación del área de Recursos Físicos, el período estudiado		Se elaboro el registro respectivo de las llamadas recibidas oportunamente
7	Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos de registro de información, que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad.		Se elaboraron de manera clara y oportuna los instrumentos de registro de información
8	Coadyuvar a cumplimiento del plan de gestión institucional, a través del cumplimiento de las metas contractuales y establecidas en los planes y proyectos en el área asignada		Se realizaron las actividades necesarias para colaborar con el cumplimiento de metas y proyectos del área asignada
9	Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por lo elementos dados a su responsabilidad		Se realiza con efectividad y cuidado del patrimonio institucional que esta bajo mi responsabilidad
10	Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental, residuos hospitalarios, manual de higiene y seguridad industrial, programas de salud ocupacional, planes de emergencia, para proteger la salud en el trabajo aplicando		Se generan y aplican las normas de gestión ambiental de acuerdo con las capacitaciones recibidas
11	Formular ejecutar acciones preventivas y / o correctivas, y / o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones.		Se realizaron los correctivos necesarios para colaborar con el cumplimiento de metas y proyectos del área asignada
12	Desarrollar las demás actividades que le sean asignadas y afines al objeto institucional requerido.		Se desarrollaron las demás actividades que se solicitaron

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

NUMERO DE CONTRATO Y/U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS: 223 de 2015

NOMBRE CONTRATISTA: BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA

OBJETO CONTRACTUAL: Desarrollar las funciones de gestión telefonica que permita la adecuada comunicación a nivel interno y externo de la institución garantizando la calidad y oportunidad de la misma.

INFORME DE ACTIVIDADES: de 1 de Noviembre a 30 de Noviembre del 2015

<p>13 Desarrollar las demás actividades afines al objeto institucional requerido. Además de las anteriores el contratista tendrá las siguientes: a) Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones o cualquier acto de autoridad Nacional o distrital vigentes que tengan 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 e inmuebles del Hospital entregados para la ejecución de las actividades propias del objeto de la presente orden de la 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, proceso y procedimientos institucionales. e.- Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones contenidas en la clausula 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 la</p>		<p>Las actividades se desarrollaron dentro del marco y la normatividad establecida, se entrega las copia de pago de los soportes de (salud, pensión y ARL) correspondientes.</p>
---	--	--

Nombre y Firma del Contratista: *Blanca Marina Buitrago*

Actividad (Auxiliar, Técnico, Profesional, Profesional Especializado, otro): *Asesora Administrativa*

Firma Supervisor: *Armo Aris Ampudia*

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

COLSUBSIDIO
S O A C H A

PAGO SIMPLE

Prefectura

20:07, 09:42:39 AM Tipo Planilla: I PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: febrero de 2015 Periodo Servicio: febrero de 2015

Número Planilla: 8843081292

Referencia pago (PIN): 8831936292

DOCUMENTO SOPORTE
NOMBRE PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT 900 097 333-5
CODIGO 20596
FORMULA 8831936292

Código Descripción Cant Valor
693927 RECAUDO PLR 1 187044
187044

DOCUMENTO



1511070006451511
CONSECUTIVO: 001

NOV 07, 15 11:36

07/Nov/2015 11:36 1276 06 0056 3836293
(COPIA CLIENTE)

TRAGO	Dirección	TRA 5 ESTE 15A 32
	Teléfono	3044694563
	Forma Presentación	UNICO
	Departamento	BOGOTA D.C.
	Identificación	CC41474057
	Total Afiliados	1

Importe después de las 4:00 PM este se hará efectivo al día hábil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago, SIMPLE S.A. da por entendido que el
información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante.

Pensiones		Salud		Riesgos		Cajas		Parafiscales		Total						
Administradora	IGC Pension	Aporte Pension	Administradora	IGC Salud	Administradora	IGC Riesgos	Administradora	IGC Cajas	Administradora	IGC Parafiscales	Total					
03032020	COLEPENSIONES	5 644.380	5 021.100	FARMASVIA EPS	3 844.380	REGIMEN DE VIDA	3 844.380	CAJAS DE PENSIONES	3 844.380	3 844.380	5 187.044					
Aportes FSS		Aportes Salud	Aportes Riesgos		Aportes Cajas		Aportes Salud		Aportes CBF		Aportes ESAP	Mit. Educación	Incapacidades, Licencias, Salvos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES	TOTAL
38	38	5 644.380	5 340.000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 187.044

Periodo de cotización salud											
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



888831936292000000991231



(415)7709998485884(8020)8831936292(3900)000000(96)20991231

Lineas de Servicio Fonosimple: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Baranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
Más que Fácil, SIMPLEI
Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

ADICION Y PRORROGA A LA ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL NO. 223 DE 2015

NUMERO: 0_ DE 2015
CONTRATANTE: HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL E.S.E.
CONTRATISTA: BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA
IDENTIFICACION: 41.474.057
ACTIVIDAD: AUXILIAR ADMINISTRATIVO
VALOR ADICION: \$ 267.167
PLAZO: Hasta el 31/12/2015 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 I NIVEL** con NIT. 800.219.600- 3, en calidad de Gerente, nombrada mediante Decreto No. 214 de 08 de mayo de 2012, quien para efectos de la presente se denominará **HOSPITAL** por una parte, y por la otra **BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA**, también mayor de edad, identificado (a) con documento número No. 41.474.057, actuando en su nombre y representación, en su calidad de **CONTRATISTA**, según reza la orden o contrato 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 o Contrato de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión Administrativa y Asistencial No. 223 de 2015. **SEGUNDA.-** Que existe la necesidad de adicionar en valor y prorrogar en plazo la orden de prestación para dar cumplimiento a los planes institucionales y necesidades del servicio. **TERCERA.-** Que el CONTRATISTA ha prestado sus servicios, cumpliendo con los objetivos propuestos y el objeto contractual según lo informado por el SUPERVISOR. **CUARTA.-** Que el Régimen de contratación del Hospital Pablo VI Bosa I Nivel E.S.E permite la celebración de la presente Adición y Prorroga. **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 o Contrato de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión Administrativa y Asistencial No. 223 de 2015, en la suma de DOSCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL CIENTO SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE (\$ 267.167), que serán cancelados al contratista en las mismas condiciones que la orden o contrato principal.

SEGUNDA: PRORROGAR EN PLAZO la Orden de Prestación de Servicios o Contrato de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión Administrativa y Asistencial No. 223 de 2015 hasta el 31/12/2015 o hasta agotar la reserva presupuestal.

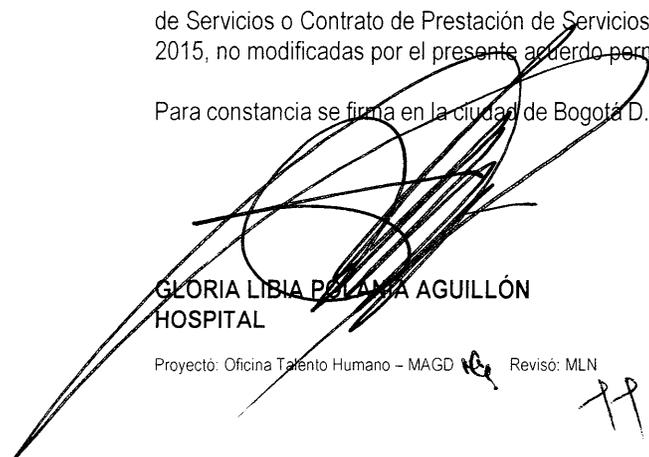
TERCERA: IMPUTACION PRESUPUESTAL: El gasto que ocasione la presente adición se hará con cargo al **C.D.P. No. 14072 del 28 de diciembre de 2015, Rubro 3110204 - REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS - VIGENCIA 2015.**

CUARTA: GARANTÍA.- EL CONTRATISTA se obliga a ampliar las garantías respectivas, por una vigencia igual a la convenida y un año más y el equivalente al 20% del valor, de acuerdo a la prórroga y valor pactados en las cláusulas primera y segunda de esta orden o contrato, respecto de los riesgos amparados en la orden o contrato principal, dentro de los tres (03) días hábiles siguientes a la suscripción de la presente Adición y Prorroga, si a ello hubiere lugar

QUINTA: PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION. La presente Adición y Prorroga 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 de Prestación de Servicios o Contrato de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión Administrativa y Asistencial No.223 de 2015, 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 veinte y ocho (28) días del mes de diciembre de dos mil quince (2015)


GLORIA LIBIA POLANÍA AGUILLÓN
HOSPITAL


BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA
CONTRATISTA

Proyectó: Oficina Talento Humano – MAGD  Revisó: MLN 

Carrera 771 Bis No 69B - 76 Sur
Barrio Pablo VI Bosa
PBX: 7799800
www.hospitalpablovibosa.gov.co
correspondencia@hospitalpablovibosa.gov.co





GFI-S06A-DI-FT-429

Página 1 de 1

CERTIFICADO DE RESERVA PRESUPUESTAL

Versión: 05

Fecha: 2009-06-25



No.13896 de 2015

CODIGO 3110204

RUBRO REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS

C. D. P. No 14072 del 28/12/2015

VALOR: \$ 267.167

CONTRATO: ADICION Y PRORROGA A LA ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL No, 223 AÑO 2015

A NOMBRE DE: BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA
CC 41474057

OBJETO: ADICIONAR EN VALOR Y PRORROGAR EN TERMINO DE EJECUCION LA ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS

Se expide en Bogotá, D.C., 28/12/2015


COORDINADOR DE PRESUPUESTO



GTH-R05A-DI-FT- 562

Página 1 de 1

**CERTIFICACIÓN DE PAGO DEL SUPERVISOR AL
CONTRATISTA**

Versión: 03

Fecha: 2014-12-26



EL (LA) SUSCRITO (A) SUPERVISOR(A)

HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICA QUE:

NOMBRE DE CONTRATISTA BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA IDENTIFICADO (A) CON C.C 41.474.057

No. ORDEN (Favor relacionar Orden principal y Adiciones en caso que aplique) 223 / 2015

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

Del 1de Diciembre del 2015 Al 23 de Diciembre del 2015

CUMPLIO A SATISFACCION CON EL OBJETO CONTRACTUAL? SI NO

***NOVEDADES: _____

Cordialmente,

FIRMA DEL SUPERVISOR:

Alma Dora Ampudia

NOMBRE SUPERVISOR:

Alma Dora Ampudia

CARGO O ACTIVIDAD :

Subgerente Administrativa

***Novedades: Hace referencia a las situaciones que afectan el desarrollo de las actividades tales como: suspensiones, reinicio de OPS, rotación de sitio de actividades, incapacidades, disminución o aumento de tiempo contratado, terminación anticipada u

Bogotá, Diciembre de 2015

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

CERTIFICACIÓN

Yo BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía NO. 41.474.057 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. 223 de 2015 materia de pago sujeto de retención, de acuerdo al siguiente detalle:

No.OPS	INGRESO MENSUAL	INGRESO BASE DE COTIZACION	APORTE SALUD	APORTE PENSION	APORTE ARL	No. PLANILLA MES: Diciembre
223	\$877.833	\$644.350	\$80.544	\$103.100	\$3.400	No 8875248320
			Intereses	Intereses	Intereses	
			\$	\$		
			Total	Total	Total	
			\$80.544	\$103.100	\$3.400	

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

Atentamente,


BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA
C.C. No. 41.474.057 Expedida en Bogotá

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

NUMERO DE CONTRATO Y/U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS: 223 de 2015

NOMBRE CONTRATISTA BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA

OBJETO CONTRACTUAL Desarrollar las funciones de gestión telefónica que permita la adecuada comunicación a nivel interno y externo de la institución garantizando la calidad y oportunidad de la misma.

INFORME DE ACTIVIDADES: de 1 de Diciembre a 23 de Diciembre del 2015

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	Recepcionar y trasladar las llamadas externas (institucionales, sociales, usuarios) e internas que requieren la comunicación con los colaboradores del Hospital e información específica sobre alguna área		Se recepcionaron las llamadas externas e interna de acuerdo a como ingresaron en el conmutador
2	Informar y orientar telefónicamente de manera adecuada a las personas que le requieran información general sobre la institución (horarios de atención, prestación de servicios etc)		La información que fue solicitada por este medio se respondió y se direcciono de acuerdo con los protocolos establecidos
3	Manejar el conmutador institucional, garantizando su adecuado funcionamiento.		Durante el período no se presentó ningún inconveniente con el conmutador, ni se reporto daño alguno del mismo
4	Registrar en el libro institucional correspondiente las llamadas internas y externas recibidas con los datos necesarios para su control		Se realizo el registro en el libro de las correspondientes llamadas interna y externas para e el respectivo control
5	Recepcionar y responder por los mensajes telefónicos externos e internos dirigidos por y a los colaboradores del Hospital.		Se recepcionaron los mensajes y se distribuyeron de acuerdo a los colaboradores que fueron solicitados
6	Elaborar el informe sobre el registro de las llamadas recibidas y presentarlo oportunamente a la coordinación del área de Recursos Físicos, el período estudiado		Se elaboro el registro respectivo de las llamadas recibidas oportunamente
7	Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos de registro de información, que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad.		Se elaboraron de manera clara y oportuna los instrumentos de registro de información
8	Coadyuvar a cumplimiento del plan de gestión institucional, a través del cumplimiento de las metas contractuales y establecidas en los planes y proyectos en el área ^{asignada.}		Se realizaron las actividades necesarias para colaborar con el cumplimiento de metas y proyectos del área asignada
9	Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por lo elementos dados a su responsabilidad		Se realiza con efectividad y cuidado del patrimonio institucional que esta bajo mi responsabilidad
10	Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental, residuos hospitalarios, manual de higiene y seguridad industrial, programa de salud ocupacional, planes de emergencia, para proteger la salud en el trabajo aplicando		Se generan y aplican las normas de gestión ambiental de acuerdo con las capacitaciones recibidas
11	Formular ejecutar las acciones preventivas y / o correctivas, y / o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones.		Se realizaron los correctivos necesarios para colaborar con el cumplimiento de metas y proyectos del área asignada
12	Desarrollar las demás actividades que le sean asignadas y afines al objeto institucional requerido.		Se desarrollaron las demás actividades que se solicitaron

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

NUMERO DE CONTRATO Y/U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS: 223 de 2015

NOMBRE CONTRATISTA BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA

Desarrollar las funciones de gestion telefonica que permita la adecuada comunicacion a nivel interno y externo de la institucion garantizando la calidad y oportunidad de la misma.

OBJETO CONTRACTUAL

INFORME DE ACTIVIDADES: de 1 de Diciembre a 23 de Diciembre del 2015

13 Desarrollar las demás actividades afines al objeto institucional requerido. Además de las anteriores el contratista tendrá las siguientes: a) Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones o cualquier acto de autoridad Nacional o distrital vigentes que tengan 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 e inmuebles del Hospital entregados para la ejecución de las actividades propias del objeto de la presente orden de la 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, proceso y procedimientos institucionales. e.- Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones contenidas en la clausula segunda de la presente orden de prestación de servicios. f.- Abstenerse de divulgar la informacion almacenada en algun medio o dispositivo de cualquier tipo que pertenezca o utilice a la institucion sin el consentimiento de las autoridades del sistema.

Las actividades se desarrollaron dentro del marco y la normatividad establecida, se entrega las copia de pago de los soportes de (salud, pensión y ARP) correspondientes.

Blanca Marina Buitrago
Nombre y Firma del Contratista

Auxiliar Administrativo
Actividad (Auxiliar, Tecnico Profesional, Profesional Especializado, otro)

Olivia Ariz Amparado
Firma Supervisor

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

