MEM22-005779 / IDM 112000
(Al contestar cite este número)

MEMORANDO

Para: CONTRACTUAL GESTION
Asesor

De: ANDREA DEL PILAR TELLEZ FALLA
Coordinador(a) ARN Valle del Cauca - Eje Cafetero

Fecha: miércoles, 4 de mayo de 2022

Asunto: Alcance al MEM22-005760 solicitud Suspensión Contrato 1038-2022

Cordial saludo

Dando alcance al MEM22-005760, adjunto envío formato de solicitud de modificación contractual corregido del contrato 1038 suscrito con Virgilio Hernandez.

Atentamente,

ANDREA DEL PILAR TELLEZ FALLA
Coordinador(a)
ARN Valle del Cauca - Eje Cafetero

Con copia: NA
Anexos: 1 archivo en PDF

Proyectó: Giovanna Lozano Ortiz, Profesional Especializado
Revisó: NA

MEM22-005760 / IDM 112000
(Al contestar cite este número)

MEMORANDO

Para: CONTRACTUAL GESTION
Asesor

De: ANDREA DEL PILAR TELLEZ FALLA
Coordinador(a) ARN Valle del Cauca - Eje Cafetero

Fecha: miércoles, 04 de mayo de 2022

Asunto: Solicitud Suspensión de Contrato 1038-2022

Cordial saludo

Adjunto remito formato de solicitud de modificación contractual con el fin de solicitar la suspensión del contrato No 1038-2022 suscrito con Virgilio de Jesús Hernandez, lo anterior obedece a incapacidad de la persona en mención, (Se adjunta incapacidad).

Atentamente,

ANDREA DEL PILAR TELLEZ FALLA
Coordinador(a)
ARN Valle del Cauca - Eje Cafetero

Con copia: NA
Anexos: 2 archivos en PDF

Proyectó: Giovanna Lozano Ortiz, Profesional Especializado
Revisó: NA

I. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO PRINCIPAL	
Contrato ARN	**N° 1038 – AÑO 2022**
Nombre Contratista	**VIRGILIO DE JESUS HERNANDEZ MARTINEZ**

II. TIPO DE SOLICITUD (MARQUE CON UNA X), puede ser más de un requerimiento

1. Prórroga del plazo con adición en valor		**Hasta (tiempo)**		**Valor a adicionar**	
2. Prórroga del plazo sin adición valor		**Hasta (tiempo)**			
3. Adición en valor		**Valor a adicionar**			
4. Cambio lugar prestación		**Desde (lugar de prestación actual)**		**Hacia(lugar de prestación solicitado)**	
5. Suspensión	**X**	**Desde (Fecha que inicia la suspensión)**	12/05/2022	**Hasta (Fecha que finaliza la suspensión)**	29/05/2022
6. Terminación Anticipada		**Fecha final de prestación del servicio (inclusive)**			
7. Ampliación, aclaración o modificación de obligaciones					
8. Otras		**Indique:**			

III. JUSTIFICACIÓN DEL TRÁMITE CONTRACTUAL SOLICITADO

"Toda impresión física de este documento se considera Documento no Controlado.
La versión vigente se encuentra en el software SIGER. El registro de datos personales en este formato, autoriza a la ARN para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos. En cumplimiento a la Ley 1581/12 y el Decreto 1377/13 y las demás normas que modifiquen, adicionen o complementen. Conozca la política de tratamiento de los datos personales de la ARN a través del siguiente link: http://www.reincoporacion.gov.co/es/atencion/Paginas/politicas.aspx"

- El contratista solicita la suspensión del contrato por incapacidad derivada de accidente laboral. En mi calidad de supervisor he verificado el cumplimiento de las obligaciones contractuales, y considero que la suspensión solicitada no genera perjuicios para la entidad, toda vez que evaluado el plazo solicitado y la ejecución contractual, es viable concederla.

- Así mismo no hay lugar a liberación de recursos dado que el contrato corresponde a un instructor de programas de formación para el trabajo, el cual debe cumplir con 880 horas de formación sin exceder el 31 de diciembre, realizando el cobro de sus honorarios de acuerdo al número de horas impartidas. Se citan cláusulas del contrato:

"CLÁUSULA CUARTA: PLAZO DE EJECUCIÓN: El contrato tendrá un plazo de ejecución contado a partir de la aprobación de la garantía, previa expedición y/o comunicación de la generación del registro presupuestal, afiliación a la ARL y pago de la Estampilla Prodesarrollo de la Universidad de la Amazonía que se causará en el momento de la suscripción del contrato o sus adiciones, cuando la prestación de los servicios se adelante en los departamentos de Caquetá, Putumayo, Amazonas, Guainía, Guaviare y Vaupés; y hasta agotar el número de horas contratadas sin exceder del 31 DE DICIEMBRE DE 2022.
De acuerdo con el objeto del contrato y la necesidad de la entidad, el número mínimo de horas a contratar es de 880.
CLÁUSULA QUINTA. - VALOR: El valor corresponde al establecido en el Contrato Electrónico. El valor mensual de los honorarios será el resultado de multiplicar el valor de cada hora de formación equivalente a $3.4337,5 Moneda Corriente, por la cantidad de horas efectivamente impartidas en el mes respectivo."

IV. Fecha de Solicitud	04/05/2022

SUPERVISOR DEL CONTRATO	**CONTRATISTA**
	
ANDREA DEL PILAR TELLEZ FALLA	**VIRGILIO DE JESUS HERNANDEZ MARTINEZ**

"Toda impresión física de este documento se considera Documento no Controlado.
La versión vigente se encuentra en el software SIGER. El registro de datos personales en este formato, autoriza a la ARN para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos. En cumplimiento a la Ley 1581/12 y el Decreto 1377/13 y las demás normas que modifiquen, adicionen o complementen. Conozca la política de tratamiento de los datos personales de la ARN a través del siguiente link: http://www.reincoporacion.gov.co/es/atencion/Paginas/politicas.aspx"

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6500870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional - 018000910383

SOLICITUD DE INCAPACIDAD Y/O LICENCIAS DE MATERNIDAD **No. 51496913 0701**

Comfamiliar RISARALDA

Original

1. INFORMACION DEL COTIZANTE **Fecha de Expedición** 2022/04/30 **Ciudad**

Documento: CC 7377140	**Nombres y Apellidos:** VIRGILIO DE JESUS HERNANDEZ MARTINEZ	**Entidad:** POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.

2. INFORMACIÓN SOBRE LA INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 2022/04/30 6:49:03	**Fecha de Terminación:** 2022/05/29	**Duración:** 30 (treinta) Días
Prórroga:	**Diagnostico:** S824	**Descripción:** FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE
Tipo Contingencia: ACCIDENTE DE TRABAJO		**Clase Atención:** AMBULATORIA URGENCIAS

3.INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Nombre del Médico: ARTEAGA FERREIRA CAMILO ANDRES	**Documento:** NI1144129044	**Reg. médico:** 76-1369/13
Certifico que la información Registrada es verídica y libre de ser confirmada	Al Firmar como cotizante acepto las condiciones impuestas para mi recuperación	
Camilo A. Arteaga F. C.C. 1.144.129.044 Ortopedia y Trauma Universidad Militar		
Firma del Médico Tratante	**Firma del Cotizante**	

NOTA:

1. **Documento no válido para descuento en plantillas de autoliquidación de aportes, favor acercarce a la EPS para su liquidación.**
2. **La Solicitud de licencia de maternidad requiere el certificado de nacido vivo, favor solicitarlo a su médico y adjuntarlo para su respectivo tramite**