MEM22-008789 / 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:** martes, 12 de julio de 2022

**Asunto:** Solicitud Modificación contractual Cto 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 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)** | 19/07/2022 | **Hasta (Fecha que finaliza la suspensión)** | 28/07/2022 |
| **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

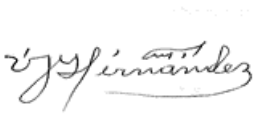
"Toda impresión física de este documento se considera Documento no Controlado.
La versión vigente se encuentra en el software SIGER. El registro de datos personales en este formato, autoriza a la ARN para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos. En cumplimiento a la Ley 1581/12 y el Decreto 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 un accidente . 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** | 12/07/2022 |

| **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. 52054483 0701**

Comfamiliar RISARALDA

Original

**1. INFORMACION DEL COTIZANTE** **Fecha de Expedición** 2022/06/17 **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:** 2022/06/29 | **Fecha de Terminación:** 2022/07/28 | **Duración:** 30 (treinta ) Días |
| **Prórroga:** SI | **Diagnostico:** S826 | **Descripción:** FRACTURA DEL MALEOLO EXTERNO |
| **Tipo Contingencia:** ACCIDENTE DE TRABAJO | | **Clase Atención:** HOSPITALARIA QUIRURGICA |

**3.INFORMACIÓN DEL MÉDICO**

| | | |
|---|---|---|
| **Nombre del Médico:** PEREZ GOMEZ MILTON LEONARDO | **Documento:** NI10030813 | **Reg. médico:** 15939-07 |
| Certifico que la información Registrada es verdica y libre de ser confirmada | Al Firmar como cotizante acepto las condiciones impuestas para mi recuperación | |
| Milton Pérez Gómez<br>Ortopedia y Traumatología<br>RM 15939-07<br>C.C. 10030813 | | |
| **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**

**Reporte Relación de Pagos**

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHracastan | RAUL ARMANDO CASTANO PORRAS |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 02-12-00 | AGENCIA PARA LA REINCORPORACIÓN Y LA NORMALIZACIÓN - ARN |
| Fecha y Hora Sistema: | 2022-07-13-4:15 p. m. | |

## RELACION DE PAGOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Unidad / Sub-Unidad:** | 02-12-00 AGENCIA PARA LA REINCORPORACIÓN Y LA NORMALIZACIÓN - ARN | **Número de Compromiso:** | 147122 | **Valor Total:** | 30.217.000,00 | **Saldo por pagar:** | 22.250.700,00 |
| **Tipo Doc. Identidad:** | CEDULA_DE_CIUDADANIA | **Número Doc. Identidad:** | 7377140 | **Tercero:** | | VIRGILIO DE JESUS HERNANDEZ MARTINEZ | |

## DOCUMENTO SOPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Tipo:** | CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS - PROFESIONALES | **Número:** | 1038 | **Fecha:** | 25/01/2022 0:00:00 |

## OBJETO

| | |
|---|---|
| **Objeto:** | Prestar servicios como INSTRUCTOR en DPR-SUBD TERRIT-ARN EJE CAFETERO (Reinc.). |

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL AREA DE TESORERIA CERTIFICA QUE AL CONTRATISTA ANTERIORMENTE MENCIONADO SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES PAGOS:

| CUENTA POR PAGAR | | | | NUM OBLIGACION | ANTICIPOS | ORDEN DE PAGO | | | | | MEDIO DE PAGO | | REINTEGRO | | DOCUMENTO SOPORTE | | ENTIDAD PAGADORA | CONCEPTO DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | NUMERO | VALOR | IVA | | CONCEDIDO/ AMORTIZADO | NUMERO | FECHA DE PAGO | VALOR BRUTO | VALOR DEDUCCIONES | VALOR NETO | CTA/CHEQUE | BANCO | NUMERO | VALOR | TIPO | NUMERO | CODIGO | |
| | | | | 869122 | | 107188822 | 2022-04-28 | 3.571.100,00 | 0,00 | 3.571.100,00 | 24067805273 | BCSC S A | | | CUENTA DE COBRO | 1038 | 13-01-01-DT | PAGO HONORARIOS MARZO DE 2022 |
| | | | | 922322 | | 123010322 | 2022-05-10 | 4.395.200,00 | 0,00 | 4.395.200,00 | 24067805273 | BCSC S A | | | CUENTA DE COBRO | 1038 | 13-01-01-DT | PAGO HONORARIOS ABRIL DE 2022 |

**CONCEDIDO:** Ordenes de pago en estado pagadas, con atributo linea de pago, o atributo contable diferente a NINGUNO.

**AMORTIZADO:** Con valor negativo, los valores de legalizaciones con cargo a la ODP pagadas con los atributos anteriormente menciondas