

 <b>UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL</b> <i>Formación de líderes</i>	<b>FORMATO</b>	<b>Código: FOR-GCT-028</b>
	<b>HOJA DE RUTA</b> <b>CONTRATO POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> <b>PERSONA NATURAL</b>	<b>Fecha: 03/092024</b>
		<b>Versión: 11</b>
<b>Proceso: Gestión contractual</b>		

1. ESPACIO DILIGENCIADO POR LA DEPENDENCIA SOLICITANTE			
Dependencia Solicitante:	Subdirección de Asesorías y Extensión	Correo Electrónico:	sae@pedagogica.edu.co
Funcionario apoyo del proceso	Daniel Alejandro Munévar Gómez	Teléfono:	(601) 5941894 Ext 601

Valor del Contrato:	\$7.000.000	SIETE MILLONES DE PESOS
---------------------	-------------	-------------------------

Nombre del Supervisor:	María Helena Rodríguez Sánchez	# C.C	34.327.337
Correo Electrónico:	<a href="mailto:merodriguez@upn.edu.co">merodriguez@upn.edu.co</a>	Teléfono:	3162913356

Nombre del Contratista:	<b>Sorayd Catalina Pinzon Vaca</b>	# C.C o NIT	1.000.117.393
Correo Electrónico:	<a href="mailto:SORAYDCATALINAPINZONVACA@GMAIL.COM">SORAYDCATALINAPINZONVACA@GMAIL.COM</a>	Teléfono:	3232027258
Marque con una "X" si aplica al contratista	¿Ha estado vinculado a la Universidad con anterioridad?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Vigencia <input type="checkbox"/>

2. ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL GRUPO DE CONTRATACIÓN			
Fecha de Recibo:	26/03/2025	Funcionario que Recibe:	GABRIEL RODRIGUEZ

3. DOCUMENTOS OBLIGATORIOS A ANEXAR PARA LA CONTRATACION EN SU RESPECTIVO ORDEN:				
ANEXOS POR LA DEPENDENCIA	Verificación			
	SI	NO	N/A	OK
1. Solicitud del Trámite contractual por medio del sistema de Correspondencia (Memorando)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OK
2. Hoja de vida actualizada de la Función Pública SIGEP II con anexos. (firmado)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OK
3. Formato Estudio de Previos (FOR-GCT-027) (Diligenciado y firmado)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OK
4. Formato Términos de Referencia para Contratos u Ordenes (FOR-GCT-008) (Diligenciado y firmado)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OK
5. Formato Oferta de Servicios (FOR-GCT-025) (Diligenciado y firmado)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OK
6. Formato Aceptación de Términos (FOR-GCT-026) Contratista, firmado.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OK
7. Constancia de no existencia de personal (Subdirección de Personal).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OK
8. Certificado de Disponibilidad Presupuestal (firmado).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OK
9. Certificado de Afiliación vigente o Formulario de Afiliación como cotizante Independiente a EPS (30 Días)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OK
10. Certificado de Afiliación vigente como cotizante a Pensiones (30 Días)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OK
11. Autorización de Pago o Abono a Cuenta (FOR-GFN-047)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OK
12. Copia Registro Único Tributario (RUT) para personas naturales (Actualizada Actividad económica según objeto del contrato)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OK

13. Copia de la cédula de ciudadanía / cedula de extranjería / (en caso de extranjeros presentar visa de trabajo)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OK
14. Copia de la Tarjeta Profesional (150%). (Si Aplica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	N/A
15. Copia de la Libreta militar o certificación que acredite tener resuelta la situación militar (Excepto para hombres mayores de cincuenta años). (En caso de que aplique).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	N/A
16. Copia del Convenio o contrato Interadministrativo (en caso de que la contratación se derive de cualquiera de ellos)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OK
17. Certificado Exámenes Médicos Ocupacionales (sin exceder 36 meses a la solicitud de contratación)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OK
18. Certificado de Registro de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OK
19. Registro SECOP II.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OK
20. Es una persona en situación de discapacidad. (Seleccionar en la casilla)	NO			
21. ¿Actualmente cuenta con ARL? (Si la respuesta es "SI", deberá anexar el respectivo certificado de afiliación, descargado en línea o expedido por la entidad o planilla de pago que lo evidencie.	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Indique cual: <u>(Nombre de Administradora de Riesgos Laborales)</u>				
<b>4. OBSERVACIONES DE DEVOLUCIÓN</b>				