

 REGIÓN DE SALUD SURORIENTE	TIPO DE DOCUMENTO		PROCESO QUE LO GENERA	
	FORMATO		GESTIÓN JURIDICA	
	NOMBRE		CÓDIGO Y VERSIÓN	FECHA DE VERSIÓN
	SOLICITUD ELABORACIÓN DE CONTRATO		FO-JU-833-V1	31/07/2025

DE:			
JUAN JOSE MUÑOZ ROBAYO - GERENTE			
PARA:			
AREA CONTRATACION			
ASUNTO:			
SOLICITUD PARA INICIAR TRÁMITE DE ELABORACIÓN DE: CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN.			
OBJETO CONTRACTUAL:			
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN ORTOPEDIA EN LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA			
VALOR INICIAL:			
VALOR EN NÚMEROS:	\$280.000.000		
VALOR EN LETRAS:	DOSCIENTOS OCHENTA MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE		
PLAZO DE EJECUCION PACTADO:			
PLAZO INICIAL:	El plazo de ejecución será NUEVE (09) MESES, contados a partir de la suscripción del acta de inicio, previo cumplimiento de los requisitos de legalización.		
CONTRATISTA:			
NOMBRE Y/O RAZÓN SOCIAL:	DANIEL CARVAJAL MUÑOZ		
NUMERO DEL NIT O CC:	93236409		
SUPERVISOR:			
NOMBRE COMPLETO:	ZENIDIA SANABRIA VEGA	C.C.	52553652
CARGO:	SUBGERENTE CIENTIFICA	TELÉFONO NO:	310 2113991
CORREO ELECTRÓNICO:	subcientifica@hospitalcaqueza.gov.co		
DATOS DEL SOLICITANTE:			
NOMBRE COMPLETO	JUAN JOSE MUÑOZ ROBAYO		
CARGO:	GERENTE	FECHA:	
Para tal efecto certifico que: La presente contratación se ajusta a la necesidad de la entidad y se encuentra justificada en los aspectos jurídicos, técnicos y presupuestales.			
Los documentos presentados por el oferente fueron revisados, verificando que se encuentran completos, vigentes y coherentes con el objeto contractual mencionado y cumplen con los requisitos legales, técnicos y económicos exigidos, sobre todo con la idoneidad y experiencia.			
A través de la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA y la supervisión, se velará para que el contratista cumpla oportunamente con el perfeccionamiento (firma de la minuta) y legalización (pólizas) del CONTRATO (En caso que se requieran); pagos al sistema de seguridad social (salud, pensiones, ARL) y los parafiscales correspondientes, durante los periodos que corresponda.		 FIRMA DEL AREA SOLICITANTE FIRMA ORDENADOR DEL GASTO	