

**HOSPITAL MILITAR CENTRAL**

Al contestar cite Radicado I-00003-202100295-HMC Id: 117153
Folios: 6 Anexos: 0 Copias: Otros Fecha: 06-enero-2021 11:08:47
Dependencia: ENFERMERIA - ENFE Origen: GUILLERMO ALFREDO VEGA TORRES
Destino: JOSE MIGUEL CORTES GARCIA
Serie: 1 SubSerie: 1

Bogotá, D.C.,


Página | 1

Señor Ingeniero
José Miguel Cortes García
Subdirector del Sector Defensa
Subdirección Administrativa (e)
Hospital Militar Central

Asunto: ECO Vigencia 2021 Profesional en Auditoría

Con toda atención y debido respeto me permito remitir Al Señor Subdirector Administrativo, el Estudio Previo de Conveniencia y Oportunidad, que se anexa con el objeto de contratar personal Profesional de Enfermería Especialista en Auditoría Médica, Profesional en Enfermería con Especialización en Auditoría en Salud, que realizará apoyo en la documentación, socialización, implementación, evaluación, retroalimentación y seguimiento a indicadores y planes de acción y mejoramiento continuo al proceso de atención ambulatoria del Servicio de Consulta Externa.

Atentamente,



Mayor Enf. Neila Robles Carrillo
Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente
Consulta Externa



Miriam Lucía Ávila Guzmán
Jefe de Unidad de Seguridad y Defensa
Unidad de Servicios Ambulatorios



Coronel (RA) Médico Guillermo Alfredo Vega Torres
Subdirector del Sector Defensa
Subdirección de Servicios Ambulatorios y de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico

5 INFORMACION TRIBUTARIA
 En relacion con el titular de la solicitud, seleccione e ingrese la informacion tributaria

5.1 Impuesto a la renta
 CONTRIBUYENTE: Seleccione la casilla (SI - NO) segun corresponda
 DECLARANTE DE: Seleccione la casilla (SI - NO) segun corresponda
 RESIDENTE EN COLOMBIA: Seleccione la casilla (SI - NO) segun corresponda
 ES BENEFICIARIO DE RENTA DE LA LEY 1429 DE 2010: Seleccione la casilla (SI - NO) segun corresponda
 REGIMEN: Seleccione (autorretentador, ejercito, no aplica) segun corresponda
 En caso de seleccionar la opcion "No aplicar", indique la razon

5.2 Impuesto al valor agregado - IVA
 SERVICIOS PRESTADOS Y/O BIENES SUMINISTRADOS SON GRAVADOS: Seleccione (SI - NO), segun corresponda
 RESPONSABILIDAD IVA: Seleccione (SI - NO), segun corresponda
 REGIMEN: Seleccione (comun o empelado) segun corresponda
 APLICACION DEL IMPUESTO: Seleccione servicios y/o bienes exentos, servicios y/o bienes excludidos, gran contribuyente, agente retenedor de IVA, segun corresponda

5.3 Impuesto de industria y comercio, arriendos y tableros - ICA
 ¿La actividad (ventas/servicio) esta sujeta? Seleccione (SI - NO), segun corresponda
 ¿El servicio es prestado en? Indique el departamento, la ciudad o municipio donde se presta el servicio
 ¿El contrato es de compraventa? Seleccione (SI - NO), segun corresponda
 En caso afirmativo a la primera pregunta, indique ¿Tiene sede social fuera de Bogota? (SI - NO)
 CODIGO CIU: Seleccione el codigo CIU, segun corresponda
 TARIFA (POR MIL): Seleccione la tarifa correspondiente

5.4 Para pagos corrientes (Relacione los datos de la cuenta bancaria en la que se realizaran los pagos)
 NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA: Indique el nombre de la entidad financiera donde tiene registrada la cuenta bancaria
 TIPO DE CUENTA BANCARIA: Seleccione (comienzo o ahorros), segun corresponda
 NUMERO: Escriba en forma clara todos los digitos de la cuenta bancaria
 ¿Desa recibir mensaje de texto de confirmacion de pago? Seleccione (SI - NO), segun corresponda

7. DECLARACION DE ORIGEN Y DESTINO DE BIENES Y FONDOS
 registre en el numeral 1 la fuente de origen de los bienes y recursos de la actividad economica principal

8. AUTORIZACION CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACION
 Por favor lea detenidamente este espacio y asegurese de comprenderlo plenamente

9. ANSO DE PRIVACIDAD PARA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES
 Por favor lea detenidamente este espacio y asegurese de comprenderlo plenamente


10. DECLARACION FATICA
 Este campo debe ser diligenciado por quienes tengan la calidad de ciudadano o residente Estadunidense

11. FIRMA
 NOMBRE: Para persona natural, registre el nombre completo tal como lo señalo en la primera parte de este formulario y como aparece en el documento de identificacion. Para persona juridica registre el nombre del representante legal o apoderado segun corresponda
 NOMBRE DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: Para persona natural registre el numero de identificacion tal como lo señalo en la primera parte de este formulario y como aparece en el documento de identificacion. Para persona juridica registre el numero de identificacion del representante legal o apoderado, segun corresponda
 FECHA: Registre el año, mes y dia en que se registra la firma y huella en el formulario
 FIRMA: Registre la firma tal como aparece en su documento de identidad o su firma bancaria. NOTA: La firma registrada debe corresponder a la usanza para todos los tramite requeridos ante la entidad
 HUELLA INDICE: Estampe la impresion dactilar del indice derecho. Ante la imposibilidad de registrar la huella en las condiciones señaladas, se deberá dejar por escrito el tipo de impresion dactilar utilizada

12. INFORMACION A SER DILIGENCIADA POR HOMIL
 CONVENIO CONTRATO
 ENTIDAD: Registre el nombre completo de la entidad que suscribió el convenio
 CONTRATO: Registre el numero del convenio respectivo
 CONTRATO SUSCRIPCION: Registre el año, mes y dia de la suscripcion del convenio o contrato
 INFORMACION A CONFIRMAR: Registre el tipo de informacion confirmada segun corresponda (informacion basica, informacion del representante legal, informacion tributaria, informacion financiera, etc.)
 RESULTADO: Señale si la informacion fue "confirmada" o "no confirmada"
 NOMBRE: Registre el nombre y la firma de quien confirmo la informacion
 FECHA: Registre el año, mes y dia de confirmacion de la informacion
 OBSERVACIONES: En este campo se debera registrar las inconsistencias o dificultades para la confirmacion de la informacion o cualquier otro aspecto que se considere relevante

13. DOCUMENTOS REQUERIDOS
 Como constancia de verificacion, el área solicitante de la vinculacion, por parte de HOMIL, debe marcar las casillas que correspondan segun los documentos recibidos junto con la solicitud de vinculacion.





HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Al contestar cite Radicado I-00003-202100295-HMC Id: 117153
Folios: 6 Anexos: 0 Copias: Otros Fecha: 06-enero-2021 11:08:47
Dependencia: ENFERMERIA - ENFE Origen: GUILLERMO ALFREDO VEGA TORRES
Destino: JOSE MIGUEL CORTES GARCIA
Serie: 1 SubSerie: 1

STUDIOS DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD PARA ADELANTAR PROCESO DE CONTRATACIÓN PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ESPECIALISTA DESDE ENERO 2021 HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2021.

Bogotá D.C enero de 2021

1. ANTECEDENTES

El Hospital Militar Central dentro de los planes de mejora para el año 2019, requiere brindar continuidad al plan estratégico el fortalecimiento de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, que con la expedición del Decreto 1011 de 2006 exige el cumplimiento de cuatro componentes de éste sistema con el propósito de poder seguir ofertando servicios humanizados y con los más altos estándares de calidad a todos los usuarios. Orientado al cumplimiento de estos requisitos y siguiendo las políticas de la Dirección, se generaron acciones de mejoramiento en diferentes servicios del Hospital como consulta externa, urgencias, imágenes diagnósticas, laboratorio clínico, entre otros, dichas acciones exigen un alto compromiso institucional y un permanente seguimiento desde la auditoría, que lleve al Hospital Militar Central a la mejora en sus procesos institucionales. Para el logro de estos objetivos se requiere fortalecer el equipo interdisciplinario de trabajo del cual debe hacer parte la profesional de auditoría en salud que realizará apoyo en la documentación, socialización, evaluación y retroalimentación de actividades propias de los procesos de mejora.

2. DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD QUE LA ENTIDAD ESTATAL PRETENDE SATISFACER CON EL PROCESO DE CONTRATACIÓN

Profesional en Enfermería con Especialización en Auditoría en Salud, que realizará apoyo en la documentación, socialización, evaluación, implementación, medición de adherencia, retroalimentación y seguimiento a indicadores y planes de acción y mejoramiento continuo al proceso de atención ambulatoria.

3. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO A CONTRATAR CON SUS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, LA IDENTIFICACIÓN DE LOS CÓDIGOS DEL ALMACEN Y CODIGOS UNSPSC

Profesional en Salud que realizará actividades de control, evaluación e implementación de planes de mejoramiento para las áreas que conforman la Subdirección de Servicios Ambulatorios y de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.

NO. ITEM	CÓDIGO INTERNO	CÓDIGO UNSPSC	EQUIPO	ESPECIFICACIONES TÉCNICAS	UNIDAD DE MEDIDA	CANT. REQUERIDA
1.	NA	85101601	NA	Profesional de Enfermería Especialista en Auditoría en Salud	NA	01

PLAZO DE EJECUCION: enero 2021 hasta el 31 de diciembre de 2021.



HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Al contestar cite Radicado I-00003-202100295-HMC Id: 117153

Folios: 6 Anexos: 0 Copias: Otros Fecha: 06-enero-2021 11:08:47

Dependencia: ENFERMERIA - ENFE Origen: GUILLERMO ALFREDO VEGA TORRES

Destino: JOSE MIGUEL CORTES GARCIA

Serie: 1 SubSerie: 1

FORMA DE PAGO: Para la vigencia 2021 un pago mensual de \$4'059.000, 00

VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO: CUARENTA Y OCHO MILLONES SETECIENTOS OCHO MIL PESOS M/CTE (\$48.708.000, 00) por contratista.

4. OBLIGACIONES DE CARÁCTER TÉCNICO PRINCIPALES Y ADICIONALES

Actividades a realizar.

- Realizar las actividades de auditoría que se deriven del proceso de atención integral de servicios ambulatorios y generar el respectivo reporte y acciones de mejoramiento continuo.
- Brindar una atención poniendo en práctica las políticas de humanización y los valores institucionales que nos caracterizan.
- Desarrollar las actividades necesarias para implementar procesos de control y verificación de las normas y procesos que regulan la realización de la programación de citas especializadas en Consulta Externa y demás áreas de la SSAA.
- Elaborar los procedimientos que soportan las normas y/o directrices relacionadas con la prestación del servicio en Consulta Externa, articulado con los lineamientos institucionales.
- Sensibilizar durante las auditorías al personal asistencial y administrativo del área en temas de autocontrol y autogestión.
- Diseñar e implementar los planes de mejoramiento continuo que se deriven de los hallazgos identificados durante los procesos prioritarios de auditoría en la atención en Consulta Externa basado en estándares de calidad.
- Diseñar herramientas que permitan mediante su aplicación medir la adhesión a los procesos prioritarios que se deriven de la atención integral en el proceso ambulatorio.
- Operativizar cronograma de actividades diseñado para evaluar los procesos que se desarrollan en las diferentes áreas de consulta externa.
- Apoyar actividades de verificación, en los procedimientos de atención que se incluyen en la SSAA y proponer acciones de mejoramiento.
- Elaborar, revisión, socialización e implementación de manuales de procedimientos para las diferentes áreas de la Subdirección de Servicios Ambulatorios y de Apoyo Diagnóstico.
- Realizar seguimiento y control del cumplimiento a los procesos y procedimientos de la Subdirección de Servicios Ambulatorios y de Apoyo Diagnóstico.
- Sensibilizar durante la concurrencia al personal asistencial y administrativo en temas de autocontrol.
- Identificar durante el seguimiento el incumplimiento de las barreras de seguridad en la prestación de servicios de salud y reportar a quien corresponda los hallazgos.
- Brindar una atención integral a los usuarios, poniendo en práctica las políticas de humanización y los valores institucionales que nos caracterizan.
- Realizar el adecuado seguimiento de la asignación de citas extras de las diferentes especialidades, con el respectivo informe mensual presentado a la Jefatura de Consulta Externa.
- Mantener comunicación asertiva y continua con usuarios internos y externos.



HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Al contestar cite Radicado I-00003-202100295-HMC Id: 117153
Folios: 6 Anexos: 0 Copias: Otros Fecha: 06-enero-2021 11:08:47
Dependencia: ENFERMERIA - ENFE Origen: GUILLERMO ALFREDO VEGA TORRES
Destino: JOSE MIGUEL CORTES GARCIA
Serie: 1 SubSerie: 1

- Mantener comunicación permanente con el grupo de agentes de asignación de citas, verificando e informando el cumplimiento de las normas inherentes al mismo (área restringida de acceso a usuarios, no uso de celulares durante la atención del usuario, salir del área del trabajo sin previo aviso a la Jefatura de consulta externa, hacer uso de páginas web impropias para la labor diaria, no ingerir alimentos dentro del área y durante la jornada laboral, entre otros).
- Elaborar informe de las actividades realizadas reportando a la supervisión del contrato.
- Las demás actividades relacionadas que le sean asignadas por la Subdirección de Servicios Ambulatorios de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.

5. RIESGOS DE CARÁCTER TECNICO

RIESGOS TRIBUTARIOS: Los efectos favorables o desfavorables de las variaciones en la legislación Tributaria, la creación de nuevos impuestos, la supervisión o modificación de los existentes, y en general cualquier evento que modifique las condiciones tributarias existentes al momento de la presentación de la propuesta, es asumido por cuenta y riesgo del oferente adjudicatario.

En general, los efectos favorables o desfavorables de las variaciones de los componentes económicos, fiscales, legales y técnicos necesarios para cumplir con las obligaciones del oferente adjudicatario necesarios para dar cabal ejecución del contrato resultante, serán asumidos por este mismo; y deberá soportar el 100% de la variación de los componentes económicos, fiscales, legales y técnicos.

CALIDAD E IDONEIDAD DEL SERVICIO: Por calidad de un bien o servicio se entiende el conjunto total de propiedades, ingredientes o componentes que lo constituyen, determinan, distinguen o individualizan. Por idoneidad de un bien o servicio, se entiende la aptitud del mismo para satisfacer las necesidades para las cuales ha sido producido el bien o prestado el servicio, así como las condiciones bajo las cuales se debe utilizar en orden a la normal y adecuada satisfacción de dichas necesidades. El oferente adjudicatario es responsable de la calidad e idoneidad de los bienes y servicios del producto ofertado y adjudicado. El adjudicatario deberá soportar y cubrir todos los riesgos derivados de la mala calidad del producto.

FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO: El oferente adjudicatario asumirá la carga, a su costo y riesgo, de asegurar los daños, pérdidas, destrucción, o deterioro causado por causa mayor o caso fortuito, que puedan presentarse durante la ejecución del contrato, para lo cual podrá celebrar los contratos de seguros que considere pertinente. El adjudicatario debe soportar el 100% del valor adicional que le genere el incumplimiento del plazo de ejecución del contrato.

Que de acuerdo a lo estipulado en el Decreto 1082 de 2015, "Decreto Único Reglamentario del sector Administrativo de Planeación Nacional".

"Artículo 2.2.1.2.3.1.7. Garantía de cumplimiento. La garantía de cumplimiento del contrato debe cubrir el cumplimiento de contrato. Este amparo cubre a la Entidad Estatal de los Perjuicios derivados de:







HOSPITAL MILITAR CENTRAL
 Al contestar cite Radicado I-00003-202100295-HMC Id: 117153
 Folios: 6 Anexos: 0 Copias: Otros Fecha: 06-enero-2021 11:08:47
 Dependencia: ENFERMERIA - ENFE Origen: GUILLERMO ALFREDO VEGA TORRES
 Destino: JOSE MIGUEL CORTES GARCIA
 Serie: 1 SubSerie: 1

Que de acuerdo a lo estipulado en el Decreto 1082 de 2015, "Decreto Único Reglamentario del sector Administrativo de Planeación Nacional". "Artículo 2.2.1.2.3.1.7. Garantía de cumplimiento. La garantía de cumplimiento del contrato debe cubrir" Página | 5

- a. Cumplimiento de contrato. Este amparo cubre a la Entidad Estatal de los Perjuicios derivados de:
- b. El Incumplimiento total o parcial del contrato, cuando el incumplimiento es imputable al contratista por supresión o modificación en la aplicación de servicios inherentes a sus funciones establecidas para la generación de facturas técnicas, que con lleven al aumento del porcentaje de glosa y subfacturación y en general cualquier evento que impida parcial o totalmente el cumplimiento de los objetivos propuestos, en cuanto a optimizar los ingresos de la Institución.
- c. El pago del valor de las multas y de la cláusula penal pecuniaria. Responder económicamente cuando se genere detrimento patrimonial por omisión o acción comprobada y relacionada con el cumplimiento de sus actividades por lo cual se realizará el descuento respectivo del pago mensual dando cumplimiento a la normatividad vigente.
- d. No obligatoriedad de garantías: Sin embargo, dando cumplimiento al Artículo 2.2.1.2.1.4.5 la Entidad no solicitara garantías de cumplimiento.

RIESGOS ASUMIDOS POR EL HOSPITAL:

FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO: Los efectos desfavorables derivados de la existencia de daño emergente o, por la ocurrencia de hecho fuerza mayor o caso fortuito, surgidos después de la entrega a satisfacción del bien, serán asumidos por el Hospital.

RIESGO POLITICO: El riesgo político relacionado con conflictos internos, conflictos de Colombia con otros Estados, y situaciones de orden público que afecten la ejecución del contrato resultante del presente proceso de selección, serán asumidos en su totalidad por el Hospital.

6. ASPECTOS PONDERABLES (TÉCNICOS)

NO APLICA PARA LA CONTRATACIÓN DE ESTE SERVICIO.





7. DESIGNACIONES

Por quienes intervienen en el proceso,

DESIGNACIÓN	GRADO Y NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA	FIRMAS
-------------	----------------	-------	-------------	--------




HOSPITAL MILITAR CENTRAL
 Al contestar cite Radicado I-00003-202100295-HMC id: 117153
 Folios: 5 Anexos: 0 Copias: Otros Fecha: 06-enero-2021 11:08:47
 Dependencia: ENFERMERIA - ENFE Origen: GUILLERMO ALFREDO VEGA TORRES
 Destino: JOSE MIGUEL CORTES GARCIA
 Serie: 1 SubSerie: 1

Gerente de Proyecto	Coronel (RA) Guillermo Alfredo Vega Torres	Subdirector de Servicios Ambulatorios de Apoyo diagnóstico y Terapéutico	Subdirección de Servicios Ambulatorios de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico	
Comité técnico	Enfermera Miriam Lucía Ávila Guzmán	Jefe de Unidad de Servicios Ambulatorios	Jefe de Seguridad y Defensa Unidad Servicios Ambulatorios	
Comité técnico estructurador	Mayor Enf. Neila Robles Carrillo Oficial Superior en Comisión Administrativa Pública	Responsable Servicio de Consulta Externa	Unidad de Servicios Ambulatorios	
Supervisor de contrato	Mayor Enf. Neila Robles Carrillo Oficial Superior en Comisión Administrativa Pública	Responsable Servicio de Consulta Externa	Unidad de Servicios Ambulatorios	





MINDEFENSA



EL SUSCRITO

En ejercicio de las funciones asignadas al cargo, y de acuerdo con el contenido de la Resolución N° 824 del 07 de septiembre de 2010

CERTIFICA

Que el Hospital Militar Central tiene por objeto prestar servicios integrales especializados a los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares centrados en el paciente y su familia y gestionar conocimiento a través de la academia y la investigación.

Que mediante el Decreto 1737 de 21 de agosto de 1998, modificado por el Decreto 2209 de 1998, el Gobierno Nacional estableció medidas de austeridad y eficiencia dirigidas a entidades que manejan recursos provenientes del Tesoro Público, entre las cuales establece en su artículo 3° lo siguiente:

"Los contratos de prestación de servicios con personas naturales o jurídicas, sólo se podrán celebrar cuando no exista personal de planta con capacidad para realizar las actividades que se contratarán.

Se entiende que no existe personal de planta cuando en el respectivo organismo, entidad, ente público o persona jurídica, es imposible atender la actividad con personal de planta, porque de acuerdo con los manuales específicos, no existe personal que pueda desarrollar la actividad para la cual se requiere contratar la prestación del servicio, o cuando el desarrollo de la actividad requiere un grado de especialización que implica la contratación del servicio, o cuando aun existiendo personal en la planta, éste no sea suficiente. En este último evento, la inexistencia de personal suficiente deberá acreditarse por el ordenador del gasto"

Que verificada la disponibilidad de personal de planta para atender la solicitud presentada por la Mayor Neila Robles Carrillo, en razón a las necesidades del Servicio de Consulta Externa del Hospital Militar Central, y una vez revisada la planta de personal que estableció el Decreto 4781 de 2008 "*por el cual se aprueba el ajuste y la modificación a la planta de personal de empleados públicos del Hospital Militar central y se dictan otras disposiciones*"; se evidenció que no se cuenta con el personal de planta suficiente en lo que se refiere a Enfermera Especialista en Auditoría, por ello, se requiere contratar la prestación de servicios de un Enfermera Especialista en Auditoría.



MINDEFENSA



Que, de conformidad con la anterior verificación, se certifica que no es suficiente el personal de Enfermera Especialista en Auditoria que puedan realizar las actividades contractuales estipuladas en la Cláusula Segunda del Contrato de Prestación de Servicios.

Que el Jefe Subdirección de Servicios Ambulatorios, determinó la necesidad de contar con los servicios de una Enfermera Especialista en Auditoria con experiencia, en Área Administrativa para realizar la atención integral a los usuarios del Subsistema de Salud en el Servicio de Consulta Externa.

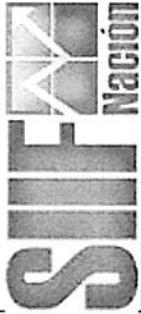
Dada en Bogotá D.C. a los 07 días del mes de enero de 2021.



Ingeniero **José Miguel Cortes García**
Subdirector del Sector Defensa
Subdirección Administrativa-(E)



Doctora **María Andrea Grillo Roa**
Jefe Unidad de Seguridad y Defensa
Unidad de Talento Humano



Certificado de Disponibilidad Presupuestal – Comprobante.

Usuario Solicitante: MHfvmolina
Unidad o Subunidad: 15-19-00
Ejecutora Solicitante: HOSPITAL MILITAR
Fecha y Hora Sistema: 2021-01-08-10:50 a. m.

FLORO VICENTE MEDINA ROA
HOSPITAL MILITAR

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

El suscrito Jefe de Presupuesto CERTIFICA que existe apropiación presupuestal disponible y libre de afectación en los siguientes "Items de afectación de gastos"

Número:	9621	Fecha Registro:	2021-01-08	Unidad / Subunidad ejecutora:	15-19-00 HOSPITAL MILITAR	Uso Caja Menor	Ninguno
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Generado	Tipo:	Gasto	Saldo x Comprometer:	48.708.000,00
Valor Inicial:	48.708.000,00	Valor Total Operaciones:	0,00	Valor Actual:	48.708.000,00	Vr. Bloqueado	0,00

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

Número:	10621	Fecha Registro:	2021-01-07	Número:		Modalidad de contratación:		Tipo de contrato:	
---------	-------	-----------------	------------	---------	--	----------------------------	--	-------------------	--

AUTORIZACION DE ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS

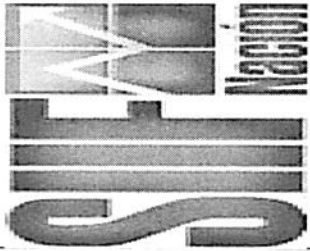
ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSOR ECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X COMPROMETER	VALOR BLOQUEADO
004 SUBDIRECCION MEDICA	A-05-01-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	Propios	20	CSF						
Total:						48.708.000,00	0,00	48.708.000,00	48.708.000,00	0,00

Objeto: CONTRATACION DE UN (01) ENFERMERO ESPECIALISTA EN AUDITORIA PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA. CDP DINAMICA 96 DE FECHA 08/01/2021

SP (RVA) MARLEN SANCHEZ CRUZ
TASD. AREA DE PRESUPUESTO





Solicitud de Certificado de Disponibilidad Presupuestal – Comprobante

MHecruzuz ESTEPHANY CRUZ SUAREZ

Usuario Solicitante: 15-19-00 HOSPITAL MILITAR

Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 2021-01-07-8:16 p. m.

Fecha y Hora Sistema:

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					
Numero:	Fecha Registro:	Unidad / Subunidad ejecutora:	Valor Inicial:	Valor Actual:	
10521	2021-01-07	15-19-00 HOSPITAL MILITAR	48.708.000,00	0,00	
Estado:	Generado	Valor Total Operaciones:	48.708.000,00		
ITEM PARA AFECTACION DE GASTO					
DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL
004 SUBDIRECCION MEDICA	A-05-01-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES		48.708.000,00	0,00	48.708.000,00
Total:			48.708.000,00	0,00	48.708.000,00

Objeto: CONTRATACION DE UN (01) ENFERMERO ESPECIALISTA EN AUDITORIA PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.


Doctora **Sandra Patricia Galeano Camacho**
Jefe de Unidad de Seguridad y Defensa (E)
Unidad de Talento Humano

Elaboró: Yamil Soto Campo
Auxiliar del Gestor - Contratista
Área de Selección y Contratación

Ingeniero **José Miguel Cortés García**
Subdirector del Sector Defensa
Subdirección Administrativa (E)

de ad622



	
FORMATO: SOLICITUD DE VINCULACION	DIRECCION - OFICIAL DE CUMPLIMIENTO
CODIGO: GB-DIGE-MN-01-FI-01	FECHA EMISION: 10-07-2019
PROCEDIMIENTO: CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	VERSION: 01
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA: 1 de 8

2.4 Datos persona natural

NIVEL DE ESTUDIOS: Señale el nivel de estudios según corresponda (primaria, secundaria, técnica, secundaria, técnica, universitario, postgrado, ninguno, otro). Si señala "otro", especifique cuál.

OCCUPACION/OFFICIO PRINCIPAL: Debe estar relacionada con la actividad económica (empleado público, empleado privado, empleado - socio, estudiante, pensionado, rentista de capital, independiente, otro). Si señala "otro", especifique cuál.

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA: Describir de manera general, la actividad que se describe en el código CIUJ señalado en la cédula anterior.

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: Si tiene vínculo laboral o contractual, suministre los datos de la empresa, de lo contrario, debe indicar si su actividad es independiente y suministrar la información correspondiente al lugar donde realiza su actividad económica. Si es desempleado, por favor escriba "Desempleado".

DIRECCION DE LA EMPRESA O NEGOCIO: Registre la dirección de la sede de la empresa, donde trabaja.

CUIDAD Y DEPARTAMENTO: Registre la ciudad y el departamento donde se encuentra ubicada la empresa.

TELEFONO: Número del teléfono correspondiente a la dirección informada, especificando indicativo y número de extensión, si aplica.

FAJC: Número de fax correspondiente a la dirección informada. En caso de no contar con información, escribir NO INFORMA.

2.5 Información complementaria de la persona natural o jurídica con respecto a:

¿ES FUNCIONARIO PUBLICO?: Registre según corresponda (SI - NO)

¿MAJORA RECURSOS PUBLICOS?: Registre según corresponda (SI - NO)

¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO (artista, deportista, etc)? Registre según corresponda (SI - NO)

¿EN SU CARGO ACTUAL, SUS DECISIONES IMPACTAN LA SOCIEDAD O LA POLITICA?: Registre según corresponda (SI - NO)

¿HACE PARTE DE LAS RAMAS DEL PODER PUBLICO?: Registre según corresponda (SI - NO)

¿EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS HA MANEJADO RECURSOS PUBLICOS?: Registre según corresponda (SI - NO)

1. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

En caso de personas jurídicas serán los datos del representante legal y para personas extranjeras sus sucursales serán los datos del apoderado.

RELACION CON EL TITULAR: Escoja la opción según corresponda (representante legal o apoderado)

TIPO DE IDENTIFICACION: Señale el tipo de identificación del representante legal o apoderado según corresponda. (NIT) para número de identificación tributaria, (C.C.) cédula de ciudadanía, (C.E) cédula de extranjería, (P.A) pasaporte, (T.I) tarjeta de identidad, (NUP) número único de identificación personal, (DNI) documento nacional de identidad, (Otro) según corresponda para persona natural o jurídica. Si señala "otro", especifique cuál.

NUMERO DE IDENTIFICACION: escriba el número tal como aparece en el documento, sin puntos ni espacios.

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: se registrarán los nombres y apellidos tal como aparecen en el documento de identificación.

FECHA DE NACIMIENTO: Señale, año, mes, día, tal como aparece en el documento de identificación.

CUIDAD, DEPARTAMENTO Y PAIS DE NACIMIENTO: Señale tal como aparece en el documento de identificación.

CARGO QUE OCUPA: Registre el cargo que ocupa dentro de la empresa.

CORREO ELECTRONICO: La dirección de correo electrónico no debe contener espacios en blanco, ni puntos o signos que no correspondan. En caso de no contar con esta información, escribir NO INFORMA.

DIRECCION DE DOMICILIO PRINCIPAL: Diga la dirección de residencia, en forma clara y sin abreviaturas. (Ej: Calle 82 # 25-87 Oficina 209)

CUIDAD Y DEPARTAMENTO DE DOMICILIO PRINCIPAL: Escriba la ciudad y departamento de residencia.

NUMERO TELEFONO FIJO: Número del teléfono correspondiente a la dirección informada, especificando indicativo y número de extensión, si aplica.

NUMERO TELEFONO CELULAR: Registre el número del teléfono celular.

FAJC: Número de fax correspondiente a la dirección informada. En caso de no contar con información, escribir NO INFORMA.

4. INFORMACION FINANCIERA

4.1 Ingresos mensuales, cifras expresadas en pesos.

INGRESOS MENSUALES: Para persona jurídica, esta información corresponde a los datos generados al último cierre contable. Para persona natural, realice el cálculo aproximado de los ingresos mensuales en pesos. En caso de no contar con algunos de estos datos, debe diligenciar en cero (0).

OTROS INGRESOS: Registre el valor de ingresos adicionales. Registre la información en pesos. En caso de no contar con esta información, debe diligenciar en cero (0).

CONCEPTO OTROS INGRESOS: Suministre el concepto de la actividad económica que los genera.

EREGROS MENSUALES: Para persona jurídica, esta información corresponde a los datos generados al último cierre contable. Para persona natural, realice el cálculo aproximado de los egresos generados durante el último año. En caso de no contar con información, debe diligenciar en cero (0).

TOTAL ACTIVOS: (Valor total de los bienes o poseedores que tiene a su nombre). Para persona jurídica, esta información corresponde a los datos generados al último cierre contable. Para persona natural, realice el cálculo aproximado de valor de activos al cierre del último año. En caso de no contar con información, debe diligenciar en cero (0).

TOTAL PASIVOS: (Valor total de las obligaciones que tiene a su nombre). Para persona jurídica, esta información corresponde a los datos generados al último cierre contable. Para persona natural, realice el cálculo aproximado de los pasivos generados durante el último año. En caso de no contar con información, debe diligenciar en cero (0).

4.2 Actividades en moneda extranjera, indique:

4.2.1 Actividades en moneda extranjera, indique:

TIPO DE PRODUCTO: Identifique el tipo de actividad que realiza (Ej: Importaciones, exportaciones, inversiones, compra y/o venta de divisas, prestamos, giros y/o pagos de servicios, otro). Si posee cuentas en moneda extranjera deberá escribir el número del producto.

ENTIDAD: Señale la entidad donde tiene registrados los productos mencionados anteriormente.

MONEDA: Seleccionar el tipo de moneda empleada.

MONTO PROMEDIO MENSUAL DE OPERACIONES: Indique el promedio mensual de las transacciones realizadas de acuerdo con el producto registrado.

CUIDAD Y PAIS: Registre la ciudad y país de origen y/o destino de las divisas.