LITZAIDA NOHEMÍ
RODRÍGUEZ GARCÍA
C.C 1.126.708.721

Celular: 3025856279
Villavicencio - Meta

Con la presente,me permito poner a su disposición mi nombre como persona natural para contratar con su Entidad , ADQUISICIÓN DE ROPA DE SEGURIDAD DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA EL PERSONAL DE PLANTA DEL ÁREA ASISTENCIAL Y DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS EMPLEADOS PÚBLICOS Y TRABAJADORES OFICIALES QUE PRESENTAN EXPOSICIÓN A RIESGO BIOLÓGICO DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E", teniendo en cuenta que cuento con la experiencia relacionada con este tema, y soy una persona eficiente, y cumplida con mis obligaciones

Agradezco su atención

Cordialmente,

LITZAIDA NOHEMI RODRIGUEZ GARCIAS

PdO
Ampliación
2/10/2026
14:00 pm

CÁMARA DE COMERCIO DE VILLAVICENCIO

CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DE PERSONA NATURAL

Fecha expedición: 09/09/2026 - 09:50:12
Recibo No. S002501797, Valor 6100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 8DhARPQyHW

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://siifront.confecamaras.co/cv/40 y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

EL PRIMER JUEVES HÁBIL DE DICIEMBRE DE ESTE AÑO SE ELEGIRA JUNTA DIRECTIVA DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE VILLAVICENCIO. LA INSCRIPCION DE LISTAS DE CANDIDATOS DEBE HACERSE DURANTE LA SEGUNDA QUINCENA DEL MES DE OCTUBRE, ESTO ES, DESDE EL 16 DE OCTUBRE Y HASTA EL 3 DE NOVIEMBRE DE 2026 - OFICIO 2026-01-132881 DEL 25 DE MARZO DE 2026 SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES. PARA INFORMACIÓN DETALLADA PODRÁ COMUNICARSE AL TELÉFONO 313 295 70 04 O DIRIGIRSE A LA SEDE PRINCIPAL AVENIDA 40 No 24 A - 71, O A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB WWW.CCV.ORG.CO

****

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Nombres y apellidos : LITZAIDA NOHEMI RODRIGUEZ GARCIA
Identificación : CC. - 1126708721
Nit : 1126708721-0
Domicilio: Villavicencio, Meta

MATRÍCULA

Matrícula No: 321679
Fecha de matrícula: 03 de octubre de 2017
Ultimo año renovado: 2026
Fecha de renovación: 10 de marzo de 2026
Grupo NIIF : GRUPO III - MICROEMPRESAS

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal : CALLE 19 SUR NRO. 37-57
Barrio : NUEVO HORIZONTE
Municipio : Villavicencio, Meta
Correo electrónico : litzaidanoerodriguez13@gmail.com
Teléfono comercial 1 : 3163970164
Teléfono comercial 2 : No reportó.
Teléfono comercial 3 : No reportó.

Dirección para notificación judicial : CALLE 19 SUR NRO. 37-57
Barrio : NUEVO HORIZONTE
Municipio : Villavicencio, Meta
Correo electrónico de notificación : litzaidanoerodriguez13@gmail.com

La persona natural **NO** autorizó para recibir notificaciones personales a través del correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y del 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: G4759
Actividad secundaria Código CIIU: G4771
Otras actividades Código CIIU: G4772 A0141

Descripción de la actividad económica reportada en el Formulario del Registro Único Empresarial y Social -RUES- : Comercio al por menor de otros artículos domesticos en establecimientos especializados,comercio al por mayor de productos quimicos básicos, cauchos y plasticos en formas primarias y productos quimicos de uso agropecuario,construccion de otras obras de ingeniería civil,cria de ganado bovino y bufalino.

INFORMACION FINANCIERA

El comerciante matriculado reportó la siguiente información financiera, la cual corresponde a la última información reportada en la matrícula mercantil, así:

Estado de la situación financiera:
Activo corriente: $2.000.000,00
Activo no corriente: $0,00
Activo total: $2.000.000,00
Pasivo corriente: $0,00
Pasivo no corriente: $0,00
Pasivo total: $0,00
Patrimonio neto: $2.000.000,00
Pasivo más patrimonio: $2.000.000,00

Estado de resultados:
Ingresos actividad ordinaria: $350.000,00
Otros ingresos: $0,00
Costo de ventas: $0,00
Gastos operacionales: $0,00
Otros gastos: $0,00
Gastos por impuestos: $0,00
Utilidad operacional: $0,00
Resultado del periodo: $0,00

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los Actos Administrativos de registro quedan en firme, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la CÁMARA DE COMERCIO DE VILLAVICENCIO, los sábados **NO** son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los Actos Administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA NATURAL TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es MICRO EMPRESA.

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria : $350.000,00
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : G4759.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA - REPORTE A ENTIDADES

CÁMARA DE COMERCIO DE VILLAVICENCIO

CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DE PERSONA NATURAL

Fecha expedición: 09/09/2026 - 09:50:12
Recibo No. S002501797, Valor 6100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 8DhARPQyHW

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://siifront.confecamaras.co/cv/40 y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Se realizó la inscripción de la empresa y/o establecimiento en el Registro de Identificación Tributaria (RIT).

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la persona natural, a la fecha y hora de su expedición.

IMPORTANTE: La firma digital del secretario de la CÁMARA DE COMERCIO DE VILLAVICENCIO contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación acreditada por el Organismo Nacional de Acreditación de Colombia (ONAC), de conformidad con las exigencias establecidas en la Ley 527 de 1999 para validez jurídica y probatoria de los documentos electrónicos.

La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

La firma mecánica que se muestra a continuación es la representación gráfica de la firma del secretario jurídico (o de quien haga sus veces) de la Cámara de Comercio quien avala este certificado. La firma mecánica no reemplaza la firma digital en los documentos electrónicos.

Al realizar la verificación podrá visualizar (y descargar) una imagen exacta del certificado que fue entregado al usuario en el momento que se realizó la transacción.

Débora Murillo R

***** FINAL DEL CERTIFICADO *****

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.126.708.721**

RODRIGUEZ GARCIA

APELLIDOS

LITZAIDA NOHEMI

NOMBRES

FIRMA



Scanned with CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-MAR-1999**

APURE-SAN FERNANDO DE APURE
VENEZUELA

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

16-AGO-2017 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-5200100-00939984-F-1126708721-20170921 **00573**45267H 1 48451898

Scanned with CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141098537390

(415)7707212489984(8020) 000014109853739 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 1 2 6 7 0 8 7 2 1	0	Impuestos y Aduanas de Villavicencio	2 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 2 6 7 0 8 7 2 1	

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RODRIGUEZ	GARCIA	LITZAIDA	NOHEMI

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
ARTHUR BROASTER	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

41. Dirección principal
CR 30 4 30 66 CONJ REMANSO DEL BOSQUE MULTIFAMILIAR 3 CA 1

42. Correo electrónico litzaidanoerodriguez13@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 2 5 8 5 6 2 7 9	3 1 4 2 9 8 4 9 5 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 7 5 9	2 0 1 8 0 3 1 4	4 7 7 1	2 0 2 2 0 2 0 1	4 7 7 2			1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 5	4 9	5 2																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
49 - No responsable de IVA
52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024-08-06 / 08:02:25AM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 02-10-2026 09:29:19AM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141098537390

(415)7707212489984(8020) **000014109853739 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 2 6 7 0 8 7 2 1	0	Impuestos y Aduanas de Villavicencio	2 2

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha		
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 7 1 0 0 3	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 0 3 2 1 6 7 9	
78. Departamento	5 0	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1				-
2				-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141098537390

(415)7707212489984(8020) **000014109853739 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 1 2 6 7 0 8 7 2 1	0	Impuestos y Aduanas de Villavicencio	2 2	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Expendio a la mesa de comidas preparadas 5 6 1 1	

162. Nombre del establecimiento: ARTHUR BROASTER

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1	

165. Dirección: CALLE 33 B NRO. 33 - 16 LOCAL 2 BARZAL BAJO

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
0 0 3 2 1 6 8 0	2 0 1 7 1 0 0 3	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	
3 1 6 3 9 7 0 1 6 4		

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 304104410

PIB
16:00:18

Bogotá DC, 01 de octubre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LITZAIDA NOHEMI RODRIGUEZ GARCIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1126708721:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 01 de octubre de 2026, a las 15:34:44, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1126708721
Código de Verificación	1126708721261001153444

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:37:00 PM horas del 01/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1126708721**

Apellidos y Nombres: **RODRIGUEZ GARCIA LITZAIDA NOHEMI**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Todos los derechos reservados.

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 01/10/2026 03:48:49 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1126708721** y Nombre: **LITZAIDA NOHEMI RODRIGUEZ GARCIA.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **148803097** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 15:45:09 horas del 01/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1126708721,** Apellidos y Nombres **RODRIGUEZ GARCIA LITZAIDA NOHEMI**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO**, con NIT **892000501-5** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1126708721 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 02/10/2026 02:36 PM

Código Verificación: **5WFGER1T2P**

Válida hasta: **02/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

JOSE EDUARDO VARGAS UMAÑA
CONTADOR PUBLICO

C E R T I F I C A Q U E:

La Señora **LITZAIDA NOHEMI RODRIGUEZ GARCIA** identificada con la cédula de ciudadanía 1.126.708.721, ha cancelado con oportunidad los aportes a la seguridad social como independiente, correspondiente al mes de septiembre de 2026.

Se expide la presente certificación con base a la planilla de pago de seguridad social compensar MIPLANILLA.COM N° 95683950 del 02 de octubre de 2.026 de Miplanilla.com.

Dado en Villavicencio, los dos (02) días del mes de octubre dos mil veintiséis (2.026).

JOSE EDUARDO VARGAS UMAÑA
Contador Público
T.P 54736-T

CRA 32 # 38 52 OFICINA 111 CEL 313-3973762
VILLAVICENCIO-META

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1126708721	LITZAIDA NOHEMI RODRIGUEZ GARCIA	CLE 32 38 52 OFICINA 111 CENTRO	6664426	litzaidanoerodriguez13@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		95683950	02/10/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-09	2026-09	I	$0	$499.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	499.100	499.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1126708721	LITZAIDA NOHEMI RODRIGUEZ GARCIA		CLE 32 38 52 OFICINA 111 CENTRO	6664426	litzaidanoerodriguez13@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		95683950	02/10/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-09	2026-09	I	$0	$499.100	

TALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC 1126708721	RODRIGUEZ GARCIA LITZAIDA NOHEMI	3	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	218.900		0	0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

EABD9E8929AD97

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:

QUIEN INTERESE

Que el contador público **JOSE EDUARDO VARGAS UMAÑA** Identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 17.321.409 de VILLAVICENCIO (META) Y Tarjeta Profesional No 54736-T. SI Tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS***

LITZAIDA NOHEMÍ
RODRÍGUEZ GARCÍA
C.C 1.126.708.721

Celular: 3025856279
Villavicencio - Meta

Constancia de inhabilidad e incompatibilidad

El suscrito declara que:

Por medio de la presente certifico que no me encuentro incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley 80 de 1993, en el decreto 128 de 1976 y la ley 1474 de 2011 y demás normas sobre la materia. Declaro bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas.

Dado en el Municipio de VILLAVICENCIO - META, en el mes
OCTUBRE, de 2026
Cordialmente,
LITZAIDA NOHEMI RODRIGUEZ GARCIA.
c.c 1.126.708.721

Cordialmente,

LITZAIDA NOHEMI RODRIGUEZ GARCIA
Representante legal
S´´

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
RODRIGUEZ	GARCIA	LITZAIDA NOHEMI

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1126708721

GENERO: F (X) M ( ) NB ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS:

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO: D.M.:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 10 MES 03 AÑO 1999

PAÍS: Venezuela

DEPTO: Apure

MUNICIPIO: San Fernando de Apure

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 19 sur nro 37-57 nuevo horizonte

PAÍS: Colombia DEPTO: Meta

MUNICIPIO: Villavicencio

TELÉFONO: 3025856279 EMAIL: litzaidanoerodriguez13@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	Bachiller		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2019

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
UN	8		X				

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 IDIOMAS

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Inglés		X				x		X	

5 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Gemel S.A.S		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Meta	Villavicencio	gemelcomercial@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
608-6627262	Día 20 Mes 08 Año 2026	Día 10 Mes 09 Año 2026

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
E.S.E Hospital san Rafael de caqueza	X		

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Caquezá	gerencia@hospitalcaqueza.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	Día 01 Mes 01 Año 2024	Día 30 Mes 12 Año 2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	Día Mes Año 2020	Día Mes Año

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	Día Mes Año	Día Mes Año

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS				
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO				
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
		Día:		Mes:		Año:	Día:		Mes:		Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO		NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN				

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
EXPERIENCIA DOCENTE		

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE, SI_ NO _ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Villavicencio 02 oct 2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LITZAIDA NOHEMI RODRIGUEZ GARCIA

C.C.N°1.126.708.721
Reg. Simplificado

PROPUESTA ECONOMICA

Fecha: **OCTUBRE 2 DE 2026**

Cliente: **HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E**

NIT: 892000501-5

Dirección: CALLE 37 No. 28-53 BARZAL ALTO

Teléfono : 6817901

item	*CANTIDAD*	*PRODUCTO*	*VR UNITARIO*	*VR TOTAL*
1	33	BATA MANGA LARGA con botones, bolsillos con logo institucional, con puño resortado y con cuello, ennnnnn cremallera y/o con botones, el logo bordado y marcado con el cargo. Para hombre y mujer, color blanco (19) para hombre y 10) para dama . Descripcion tela antifluido T 180: textil resistente y de calidad que repele liquidos y salpicaduras accidentales. color 194010; ancho 183+/3 cms peso 133+/7,9/m2 ; composicion 100% poliester	163640	5400120
2	30	ZAPATO PARA DAMA auxiliares de enfermeria, enfermeras, servicios generales, en cuero, cerrado, suela antideslizante, color blanco para auxiliares de la salud	192700	5781000
3	13	ZAPATO PARA HOMBRE auxiliares de enfermeria, servicios generales, en cuero, cerrado, suela antideslizante, color blanco para area asistencial y negro parra servicios generales y conductor	204200	2654600

4	72	ROPA DE SEGURIDAD DE PROTECCION PERSONAL consistente en blusa para dama manga corta con logo institucional en tela antifluido repelente para dama: bacteriologas color a elegir; auxiliares dela salud laboratorio color a elegir, auxiliares de enfermeria color blanco, auxiliares de servicios generales color a elegir, auxiliares administrativos todos un mismo color. camisa de mujer la tela; base 22329 T 180: stock 24253; referencia T-180 colores 194010 blanco para auxiliares de enfermeria, color a elegiir para lavanderia, modisteria, nutricion y EPP. ANCHO 183+/3 CMS PESO 133+/7.9/M2 COMPOSICION 100% POLIESTER CON EL LOGO CARGO BORDADO	107500	7740000
5	72	ROPA DE SEGURIDAD DE PROTECCION PERSONAL consistente enpantalon para dama para auxiliares de enfermeria, color blanco, para auxiliares de servicios generales y auxiliares administrativos color a elegir en tela antifluido repelente, base 22329 T 180; stock 24253, Referencia t 180 colores 194010 blancos para auxiliaes area de la salud y color a elegir para laboratorio clinico y banco de sangre y de otros colores para servicios generales y otros servicios: ANCHO 183+/3 CMS PESO 133+/7.9/M2 COMPOSICION 100% POLIESTER pantalon largo con bolsillos , se elaboraran tomando medidas a cada persona	107500	7740000
6	35	ROPA DE SEGURIDAD DE PROTECCION PERSONAL. camisa con cuello manga corta y logo institucional para hombre. camisa en tela antifluido repelente; base 22329 T 180: stock 24253; referencia T-180 colores 194010 blancos fucsias amarillos azules ANCHO 183+/3 CMS PESO 133+/7.9/M2 COMPOSICION 100% POLIESTER CON EL LOGO CARGO BORDADO. se elaboraran tomando medidas a cada persona	108500	3797500

7	35	ROPA DE SEGURIDAD DE PROTECCION PERSONAL ;pantalon con bolsillos para hombre en tela antifluido repelente. base 22329 T 180: stock 24253; referencia T-180 colores 194010 blanco para auxiliares de enfermeria, y de color para servicios generales y patologia. ANCHO 183+/3 CMS PESO 133+/7.9/M2 COMPOSICION 100% POLIESTER, se elaboraran tomando medida a cada pesona	108500	3797500
8	2	DELANTAL GRANDE sencillo con correa superior y lateral ajustable con hebillas plasticas, medida 82x115 calibre 18 color blanco	142000	284000
9	4	DELANTAL PARA MUJER color blanco; material poliester, dimensiones del delantal de 26,77 x 33,07 pulgadas. Las correas de hombro se pueden ajustar de un minimo de 13,5 pulgadas a un maximo de 24 pulgadas. Cooooon 2 correas de velcro que miden 35,5 pulgadas cad una, se adaptan bien a diferentes tipos de cuerpo y se pueden ajustar para la tension preferida. El delantal con 2 bolsillos frontales, cada uno mide 6,2 x 5,5 pulgadas cosidos convenientemente en la parte delantera	142000	568000
			TOTAL	37.762.720

La presente cotización tiene un valor de: TREINTA Y SIETE MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y DOS MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS ML ($ 37.762.720).

Cordialmente,

*FIRMA:*_____

Carrera 19 SUR NO. 37-57 Celular: 3025856279
Villavicencio - Meta

GEMEL S.A.S
NIT 900.252.788-0

CONTRATO DE SUMINISTROS DE 2026

CONTRATANTE: **GEMEL S.A.S** nit: 900.252.788-0; Calle 35 27 59 Villavicencio - Colombia gemelcomercial@gmail.com tel: (608) 6636760

CONTRATISTA: **LITZAIDA NOHEMI RODRIGEZ GARCIA;** C.C. N°1.126.708.721 Reg. Simplificado*;* Calle 19 SUR 37-57 Celular: 302 5856279 Villavicencio - Meta

OBJETO: SUMINISTRO DE DOTACION ROPA Y CALZADO PARA EL PERSONAL DE LA EMPRESA.

TERMINO CONTRATO: 15 DIAS A PARTIR DE LA FIRMA DEL PRESENTE CONTRATO

VALOR CONTRATO: DIECISEIS MILLONES OCHENTA Y SIETE MIL PESOS ML

($ 16.087.000)

Entre los suscritos a saber, **GOMEZ CASELLES MONICA PATRICIA** mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No.40.397.948, actuando como Representante Legal de **GEMEL S.A.S** nit: 900.252.788-0; Calle 35 27 59 Villavicencio - Colombia gemelcomercial@gmail.com tel: (608) 6636760 y **LITZAIDA NOHEMI RODRIGEZ GARCIA;** C.C. N°1.126.708.721 Reg. Simplificado*; **CALLE** 19* SUR 37-57 Celular: 302 5856279 Villavicencio – Meta hemos celebrado CONTRATO DE SUMINISTROS, DOTACION UNIFORMES asi:

Uniformes para personal cantidad (8) empleados

CANT	DETALLES	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
6	CAMISA PARA DAMA MANGA LARGA ESTILO PRINCESA MARCADAS CON EL LOGO DE LA EMPRESA	178.400	**1.070.400**
10	CAMISA PARA CABALLERO MANGA LARGA ESTILO MARCADAS CON EL LOGO DE LA EMPRESA	195.800	**1.958.000**

GEMEL S.A.S
NIT 900.252.788-0

6	PANTALON EN TELA DRILL CON BOLSILLOS CLASICOS PARA DAMA	191.200	**1.147.200**
10	PANTALON EN TELA DRILL CON BOLSILLOS CLASICOS PARA HOMBRE	195.600	**1.956.000**
8	CHALECOS IMPERMEABLES CON DOBLE FORRO, ABUYONADOS, DOBLE COLOR AZUL/VINOTINTO CON EL LOGO DE LA EMRESA	185.400	**1.483.200**
8	GORRAS MARCADAS CON EL LOGO DE LA EMPRESA	24.500	**196.000**
6	CAMIBUSO EN ALGODÓN COLOR AZUL REY CON EL LOGO DE LA EMPRESA PARA DAMA	98.500	**591.000**
10	CAMIBUSO EN ALGODÓN COLOR AZUL REY CON EL LOGO DE LA EMPRESA PARA HOMBRE	98.500	**985.000**
8	PANTALON EN JEAN CON BOLSILLOS PARA DAMA	145.500	**1.164.000**
10	PANTALON EN JEAN CON BOLSILLOS PARA HOMBRE	152.500	**1.525.000**

GEMEL S.A.S
NIT 900.252.788-0

8	zapatos de tacón bajo en cuero con suela antideslizante para dama	235.600	**1.884.800**
8	zapato en cuero en suela antideslizante para caballero	265.800	**2.126.400**

La CONTRATISTA, se obliga a entregar los elementos antes mencionados en los tiempos estipulados, ofreciendo las garantías necesarias por cada producto, bienes que cuenten con calidad.

El pago del presente contrato se realizará 15 días después que se haga la entrega de la dotación, la CONTRATISTA, realizará una cuenta de cobro una vez finalice el contrato y se haga un acta de entrega por ambas partes.

Se firma por las partes que intervienen en este contrato, hoy viernes 20 de agosto del año veinte veintiséis (2026)

MONICA PATRICIA GOMEZ CASELLES
CONTRATANTE

LITZAIDA NOHEMI RODRIGEZ GARCIA
CONTRATISTA

GEMEL S.A.S
NIT 900.252.788-0

ACTA DE ENTREGA Y LIQUIDACION DE CONTRATO DE SUMINISTRO

CONTRATANTE: **GEMEL S.A.S** nit: 900.252.788-0; Calle 35 27 59 Villavicencio – Meta-Colombia gemelcomercial@gmail.com tel: (608) 6627262

CONTRATISTA: **LITZAIDA NOHEMI RODRIGEZ GARCIA;** C.C. N°1.126.708.721 Reg. Simplificado; CALLE19 SUR 37-57 Celular: 302 5856279 Villavicencio - Meta

OBJETO: SUMINISTRO DE DOTACION ROPA Y CALZADO PARA EL PERSONAL DE LA EMPRESA.

VALOR CONTRATO: DIECISEIS MILLONES OCHENTA Y SIETE MIL PESOS ML

($16.087.000)

FECHA INICIO: 20 AGOSTO DEL AÑO 2026

TERMINO EJECUCION; SEPTIEMBRE 10 DE AÑO 2026

ESTADO; EJECUADO

OBLIGACIONES EJECUTADAS

El contratista cumplió satisfactoriamente con las siguientes obligaciones contractuales:

Realizar el suministro de los uniformes para el personal de la empresa detallados en la cotización presentada y aceptada por la empresa, que incluye:

- camisas para dama y caballero
- pantalones en drill para dama y caballero
- Jean para dama y caballero
- camibusos para dama y caballero
- calzado para dama y caballero
- chalecos
- gorras para dama y caballero

GEMEL S.A.S
NIT 900.252.788-0

Garantizar que todos los productos suministrados cumplan con las especificaciones técnicas detalladas en la cotización, incluyendo:

- Tipo de tela especificado
- Medidas exactas
- Colores requeridos
- Marcaci6n con el logo

Realizar la entrega completa de todos los productos en las instalaciones de la empresa en una sola remisión

Garantizar que todos los productos sean nuevos, de primera calidad sin defectos de fabricación, costuras o materiales

Incluir en el suministro el transporte y puesta de los productos en el sitio señalado por la EMPRESA.

SUPERVISION DEL CONTRATO:

Se da constancia del cumplimiento satisfactorio del objeto contractual por la supervisión del contrato, habiendo el contratista ejecutado todas las obligaciones contractuales con la calidad, oportunidad y especificaciones técnicas requeridas, sin novedad alguna.

CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO:

La EMPRESA GEMEL S.A.S nit: 900.252.788-0 certifica que el Contrato de suministro suscrito con LITZAIDA NOHEMI RODRIGEZ GARCIA; C.C.N°1.126.708.721 fue ejecutado en un 100 %, cumpliéndose el objeto y las obligaciones pactadas, dentro del plazo estipulado, el diez (10) de septiembre del año 2026, conforme a las especificaciones técnicas acordadas .

La presente certificaci6n se expide a solicitud directa del proveedor a los catorce (14) días de mes de septiembre del año 2026

MONICA PATRICIA GOMEZ CASELLES

REPRESENTANTE LEGAL

CONTRATO DE SUMINISTRO No 315 DE 2024

CONTRATANTE:	**E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE CÁQUEZA**
CONTRATISTA:	**LITZAIDA HOHEMI RODRIGUEZ GARCIA**
NIT:	**No.1.126.708.721**
OBJETO:	**"SUMINISTRO DE VESTIDO Y CALZADO CORRESPONDIENTE A LA VIGENCIA 2024 PARA FUNCIONARIOS ASISTENCIALES, ADMNISTRATIVOS Y DE SERVICIOS GENERALES DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA".**
PLAZO:	**HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2024.**
VALOR:	**VEINTIUN MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS MONEDA CORRIENTE ($21.445.200)**

Entre los suscritos a saber, **JUAN JOSE MUÑOZ ROBAYO**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía número **79.304.032**, actuando como Representante Legal de **LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA**, con NIT 832.001.411-7 según decreto de nombramiento número 002 de fecha primero (01) de abril de dos mil veinticuatro (2024), emanado de la Gobernación de Cundinamarca, y posesionado mediante acta número 044 del día dos (02) de abril de dos mil veinte cuatro (2024), obrando conforme al Estatuto de Contratación de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA, adoptado mediante el Acuerdo de Junta Directiva número 007 del 27 de Mayo del 2014, modificado por el Acuerdo 010 del 29 de junio de 2017, quien para efectos del presente contrato se denominará el HOSPITAL, por una parte; y por la otra; **LITZAIDA HOHEMI RODRIGUEZ GARCIA**, identificada con .CC. 1.126.708.721 quien en adelante se denominará LA CONTRATISTA, hemos convenido celebrar el presente **CONTRATO DE SUMINISTRO**, previas las siguientes **CONSIDERACIONES: 1)** Que la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Cáqueza es una institución pública prestadora de servicios de salud del orden departamental, integrante del Sistema de Seguridad General de Seguridad Social en Salud, que presta servicios de salud en el territorio de influencia del Municipio de Cáqueza, Centros y Puestos de Salud de los municipios de Gutiérrez, Chipaque, Quetame y Guayabetal, Cundinamarca. **2)** Que desde la Subgerencia Científica se proyectó el estudio previo para atender la presente contratación, con el fin de atender la necesidad descrita y de conformidad con los documentos aportados se recomienda la contratación de **LITZAIDA HOHEMI RODRIGUEZ GARCIA** por cuanto cumple con la idoneidad y experiencia de conformidad con las normas que regulan la materia. **3)** Que **EL CONTRATISTA** por cuanto cumple con la idoneidad y experiencia de conformidad con las normas que regulan la materia y según invitación realizada a presentar propuesta económica mediante correo electrónico. **3)** Que **LA CONTRATISTA** presentó propuesta la cual forma parte integral del presente contrato y se ajusta a los términos establecidos en el estudio previo. **4)** Que existe disponibilidad presupuestal para atender el gasto. **5)** que la presente contratación se rige por lo establecido el artículo numeral 3.1.2.1 Numeral 1 Contratación directa conforme a la Resolución No 182 de 2017 mediante el cual se modifica el Manual de Contratación de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA, adoptado mediante acuerdo No 007 de 2014 y modificado por el Acuerdo 010 de 2017. **6)**. Que, de acuerdo a las consideraciones anteriores, las partes hemos convenido celebrar el presente compromiso, el cual se regirá por las siguientes cláusulas **CLÁUSULA PRIMERA. OBJETO:** El Contratista se compromete para con el Hospital a **SUMINISTRO DE VESTIDO Y CALZADO CORRESPONDIENTE A LA VIGENCIA 2024 PARA FUNCIONARIOS ASISTENCIALES,**

ADMNISTRATIVOS Y DE SERVICIOS GENERALES DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA de forma eficiente, eficaz, oportuna y dando cumplimiento a la normatividad vigente. **CLÁUSULA SEGUNDA. PLAZO DE EJECUCIÓN:** El plazo de ejecución del presente contrato es de **HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2024** contados a partir de la suscripción del acta de inicio, previo cumplimiento de los requisitos para su perfeccionamiento. **CLÁUSULA TERCERA. VALOR Y FORMA DE PAGO:** El presupuesto oficial estimado para el presente contrato es de **VEINTIUN MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS MONEDA CORRIENTE ($21.445.200)** El valor del contrato será cancelado al contratista de la siguiente manera: En pagos parciales, contra entrega y recibo a satisfacción del producto por parte del almacén de la entidad, presentación de factura, verificación por parte del supervisor del contrato de la ejecución contractual, presentación de los documentos que acreditan el aporte al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales.**PARAGRAFO UNO**: El término del pago solo empezará a contarse desde la fecha que se presente en debida forma la totalidad de los documentos exigidos para el efecto. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán responsabilidad del contratista y no tendrá por ello al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. **PARAGRAFO DOS**: Será requisito para el pago la certificación del supervisor de la orden, factura y/o cuenta de cobro, planilla de pago del sistema general de seguridad social integrada (Salud, pensión y riesgos nivel III) conforme lo señala el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y 828, informe de actividades, el pago estará supeditado al PAC y flujo deCaja. El contratista asumirá todos los impuestos, tasas y similares que se deriven de la ejecucióndel contrato de conformidad con la ley colombiana. **CLÁUSULA CUARTA. SUJECIÓN DE LOS PAGOS A LA APROPIACIÓN PRESUPUESTAL:** El gasto que ocasione el presente contrato se hará con cargo al CDP N**o 673** de la vigencia 2.024, con fecha de expedición 26 de ABRIL de 2024. Rubro Presupuestal No 245020800101 (MANTENIMIENTO HOSPITALARIO ADQUISCION DE SERVICIOS H SEDE) **CLÁUSULA QUINTA. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS: 1.** Cumplir con las condiciones técnicas de las prendas de vestir, teniendo en cuenta las especificaciones y requerimientos indicadas por la ESE, garantizando la calidad de las mismas, **2.** Realizar la entrega de las prendas de vestir en las cantidades estipuladas, en el lugar de ejecución del contrato y/o sitio de entrega estipulado, así como suministrar la información de las prendas en su correspondiente ficha técnica, cuando este sea requerido. **3.** Entregar las prendas de vestir originales, nuevas, libres de uso, de excelente calidad, para lo cual se debe anexar los certificados de garantía que demuestren la calidad. **4.** Garantizar la idoneidad y competencia del personal que realizará la entrega de las prendas de vestir. **5.** Durante el periodo de la garantía deberán atender los requerimientos antes de cinco (5) días hábiles siguientes al momento en que la Supervisión ponga en conocimiento del contratista la eventualidad. **6.** Los precios de la propuesta se deben mantener fijos durante la vigencia del contrato. **7**. El contratista deberá ser partícipe en la adopción de las estrategias en compras públicas sostenibles, dispuestas por la ESE en la adquisición de productos que procuren la preservación del medio ambiente. **8.** Garantizar la entrega de cada una de las prendas, teniendo en cuenta las especificaciones que se encuentran presentes en la propuesta económica**. 9.** Tomar las medidas del personal en la sede de la ESE, durante un día en coordinación del supervisor para que el personal que tenga derecho al mismo se acerque a que le tomen las respectivas medidas. **10.** Entregar en almacén de la entidad la dotación para que esta sea entregada a los respectivos funcionarios. **11**. Entregar la garantía que ampare la calidad del producto. **11.** Las demás que la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA considere pertinentes, así como las que se deriven de la naturaleza del Contrato, la oferta presentada y la Ley. El contratista deberá suministrar los siguientes productos de acuerdo a la siguiente tabla y solicitud del supervisor:

Avenida 5 N° 5-80
Teléfonos 8480574-8480353
Fax: (091) 8480155

ITEM	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN
1	18	UNIFORME ANTIFLUIDO PARA MUJER BLUSA PANTALON CON GORRO Y DELANTAL EN TELA (SERVICIOS GENERALES): (PREVIO DISEÑO Y ESPECIFICACIONES SUGERIDAS POR LA ESE)
2	18	CALZADO EN CUERO PARA DAMA, SERVICIOS GENERALES DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS SUGERIDAS POR AL ESE
3	12	UNIFORME ANTIFLUIDOS PARA MUJER BLUSA, PANTALON, ZAPATOS EN CUERO -ASISTENCIAL (PREVIO DISEÑO Y ESPECIFICACIONES SUGERIDAS POR LA ESE)
4	12	CALZADO EN CUERO PARA DAMA (ASISTENCIAL)
5	3	UNIFORME HOMBRE (ASISTENCIAL), CAMISA CON LOGO INSTITUCIONAL, PANTALON (PREVIO DISEÑO SUGERIDO POR LA ESE)
6	3	ZAPATOS EN CUERO PARA HOMBRE (ASISTENCIAL). DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS SUGERIDAS POR AL ESE
7	3	UNIFORME PARA CONDUCTOR DE AMBULANCIA CAMISA CON LOGO INSTITUCIONAL, PANTALON (PREVIO DISEÑO SUGERIDO POR LA ESE)
8	3	BOTA EN CUERO CON PUNTA DE SEGURIDAD (DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS SUGERIDAS POR LA ESE)
9	3	UNIFORME PARA SERVICIO DE MANTENIMIENTO LOCATIVO CAMISA PANTALON (DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES SUGERIDAS POR LA ESE)
10	3	BOTA EN CUERO CON PUNTA DE SEGURIDAD (DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS SUGERIDAS POR LA ESE)
11	9	BLUSA Y PANTALON DAMA ADMINSTRATIVOS
12	9	ZAPATO PARA DAMA (DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS SUGERIDAS POR LA ESE)

PRODUCTOS: 1. Un (1) informe, por cada período, que consoliden las actividades adelantadas mensualmente, en cumplimiento del contrato. **1.1**. Los soportes de lo ejecución del contrato, deben ser cargados en la Plataforma SECOP II, mensualmente, (informes de actividades, cuentas de cobro, planilla de pago a aportes a seguridad social (ARL, Salud, Pensión)) **2.** Un (1) informe final consolidando la ejecución del contrato. **OBLIGACIONES GENERALES**: **1.** Asistir a las reuniones y capacitaciones propias del servicio y las programadas por la institución. 2. Brindar un trato amable, digno en condiciones de igualdad y sin discriminación alguna a la población que demande atención. **3**. Obrar con lealtad, responsabilidad y buena fe durante la celebración, ejecución y terminación del contrato, evitando dilaciones y retrasos. **4.** Cumplir sus obligaciones de afiliación y pago a los sistemas de salud, pensión y riesgos durante la vigencia y ejecución del presente contrato. **5.** Realizar las actividades encaminadas al cumplimiento de la implementación y sostenimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG. **6.** Guardar la reserva y confidencialidad frente a temas y asuntos tratados y conocidos dentro del desarrollo y ejecución del presente contrato, así como para la información que se le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otracircunstancia deba conocer o manipular. **7.** Ejecutar el contrato bajo condiciones de plena autonomía técnica, administrativa y financiera **8.** Cumplir a cabalidad el reglamento y las normas expedidas de Higiene y seguridad**. 9.** Garantizar la respuesta oportuna en los términos señalados en la Ley 1755 de 2015 a las PQRS, así como la formulación y ejecución de planes de mejoramiento que sean notificadas.**10**. Conocer, apoyar y participar en los procesos del sistema obligatorio de la garantía de calidad de LA EMPRESA, y en las actividades encaminadas a la

habilitación, certificación y/o acreditación que realice la entidad.**11.** Ejecutar las actividades encaminadas a salvaguardar, custodiar, organizar, ordenar, clasificar, seleccionar, foliar, levantar inventarios, y realizar las transferencias de la documentación generada en el servicio (proceso o subproceso) de LA EMPRESA, cumpliendo con la normatividad vigente y aplicando las tablas de retención documental institucionales.**12.** Responder los requerimientos que puedan existir en el servicio, con ocasión de auditorías externas o internas (Planes de Mejoramiento).**13.** Adherirse a los protocolos institucionales de seguridad informática de la entidad. Vulnerar el sistema implicará incumplimiento grave al contrato.**14.** Obrar con lealtad, responsabilidad y buena fe durante la celebración, ejecución y terminación del contrato, evitando dilaciones y retrasos.**15.** Ejecutar el contrato bajo condiciones de plena autonomía técnica, administrativa y financiera.**16.** El contratista debe cumplir con todos los requisitos exigidos dentro del sistema HSEQ de la E.S.E. (Seguridad, Salud Ocupacional, Medio Ambiente, Calidad). **CLÁUSULA SÉXTA. OBLIGACIONES DEL HOSPITAL: a)** Tramitar las apropiaciones presupuestales que se requieran para solventar las obligaciones que hayan surgido como consecuencia de la suscripción del contrato respectivo. **b)** Cancelar al contratista el valor del contrato en la forma y plazos estipulados. **c)** Supervisar la ejecución del contrato. En desarrollo del principio decoordinación, la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CÁQUEZA podrá efectuar requerimientosescritos al contratista tendientes a lograr una adecuada e idónea ejecución del objeto contractual, sin que por ésta circunstancia sea posible predicar la existencia de subordinación laboral alguna, bajo el entendido que la Administración tiene la responsabilidad de coordinar la prestación de los servicios en aras de garantizar el cumplimiento adecuado y oportuno delobjeto contractual. **d)** Verificar la afiliación y pago oportuno y completo de los aportes a los sistemas de seguridad social integral en salud, pensiones y riesgos laborales. **e)** Verificar a través del supervisor del contrato que el contratista realice la novedad al sistema de riesgos laborales cuando se presenten circunstancias tales como, prórrogas, adiciones y prórrogas, cesiones contractuales y terminación del contrato. **f)** Reportar a la Administradora de Riesgos Laborales los accidentes de trabajo y enfermedades laborales, Investigar todos los incidentes y accidentes de trabajo. **CLÁUSULA SÉPTIMA. SUPERVISIÓN**: EL HOSPITAL controlará el cumplimiento de las obligaciones por parte de EL CONTRATISTA a través de la subgerencia administrativa y financiera, el supervisor realizará todas aquellas actividades que propendan por la efectiva realización del principio de responsabilidad en especial las siguientes. **1.** Velar porque se cumplan los principios de transparencia, economía, responsabilidad, equilibrio económico y objetividad por las partes involucradas en el contrato. **2.** Velar de manera imparcial, por el cabal cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato. **3.** Informar oportunamente a las partes del contrato sobre las fallas que se presenten en su ejecución. **4.** Exigir al contratista el cumplimiento idóneo y oportuno del objeto del contrato. **5.** Expedir las correspondientes certificaciones donde conste el cumplimiento de las obligaciones contractuales por parte del contratista. **6.** Absolver pronta y eficazmente las consultas que se le formulen ya sea en relación al contrato como en su ejecución. Informar oportunamente a la Gerente, el incumplimiento de las obligaciones por parte del contratista, a fin de adoptar las medidas legales pertinentes e imponer por parte del funcionario competente, si es el caso, las sancionesa que haya lugar. **7.** Dejar constancia por escrito de las anomalías que se presenten en la ejecución del contrato, concretando en cada caso en qué consisten, e informar de tal situación en forma inmediata a LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA, con el fin de adoptar las medidas legales pertinentes. **8.** Proteger y hacer respetar por El CONTRATISTA, los derechos deLA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA. **9.** Solicitar al contratista los informes que sean necesarios para la adecuada vigilancia del desarrollo del contrato. **10.** Realizar y suscribir las actas de iniciación, Recibo, suspensión, modificación, del Contrato y las demás que surjan en desarrollo de la actividad contractual. **11.** Adelantar revisiones periódicas de la ejecución del

contrato, con el objeto de verificar que se cumplan las condiciones ofrecidas por el contratista. **12.** En general las que de conformidad con la Ley considere necesarias desplegar para el cabal cumplimiento del Contrato y las contenidas en el Manual de Contratación e Interventoría de LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE CÁQUEZA. **13.** Solicitar ante la Oficina de Contratación las modificaciones pertinentes (adición, prórroga, la prorroga y adición y/o modificatorios al contrato), con una antelación de por lo menos quince (15) días calendario a la fecha en que se pretenda suscribir el documento, diligenciando para el efecto, el correspondiente formato de justificación de la misma, siempre y cuando se identifique la necesidad por parte de la entidad y la misma se justifique de manera precisa, previa autorización de la Gerencia. **14.** Solicitar al contratista el informe de novedad y su respectiva actualización a la ARL cuando ha suscrito prórrogas, adiciones y prórrogas o cesiones de contrato **CLÁUSULA OCTAVA. GARANTIAS:** De conformidad con el ESTATUTO DE CONTRATACION. ARTÍCULO CUADRAGÉSIMO TERCERO, Constitución De Garantías. Establece que aquellos contratos inferiores 25 SMLV no será necesario la constitución de garantías públicas. **CLÁUSULA NOVENA. SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO: 1) MULTAS:** En caso de Mora y/o incumplimiento total o parcial de las obligaciones derivadas del presente contrato **EL CONTRATISTA,** autoriza expresamente a la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA para efectuar la tasación y cobro, previo requerimiento, de multas diarias y sucesivas hasta del uno por ciento (1%) del valor total del contrato, sin que la sumatoria de las multas supere el diezpor ciento (10%) del contrato. **2) PENAL PECUNIARIA: EL CONTRATISTA,** se obliga a pagar a la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA, una suma equivalente al veinte por ciento (20%) del valor total del contrato a título indemnización por los perjuicios que ocasioneen caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento total de sus obligaciones contractuales; los que podrá cobrar, previo requerimiento, con base en el presente documento, el cual presta mérito ejecutivo. **3) CADUCIDAD:** la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA, declarará caducidad del presente contrato, cuando se presenten las causales señaladas para ello en la normatividad vigente. **PARÁGRAFO PRIMERO**: La liquidación, imposición y cobro delas sumas que resulten como consecuencia de la aplicación de multas y de la cláusula penal, se efectuará de conformidad con las reglas mínimas de igual forma **EL CONTRATISTA** autoriza que dichas sumas en caso de incumplimiento sean descontadas del valor a pagar del contrato, autorización que se entiende dada con la firma del presente contrato. **PARÁGRAFO SEGUNDO: APLICACIÓN DEL VALOR DE SANCIONES PECUNIARIAS**: una vez notificada la resolución por medio de la cual se imponen en algunas de las sanciones previstas, **EL CONTRATISTA** dispondrá de quince (15) días calendario para proceder de manera voluntaria asu pago. Las multas no serán reintegrables aún en el supuesto que **EL CONTRATISTA** dé posterior ejecución a la obligación incumplida. En caso de no tener el pago voluntario y una vez se encuentre en firme la resolución que impone la multa, podrá compensarse tomando del saldoa favor del **CONTRATISTA** de conformidad con la cláusula que precede. **PARÁGRAFO TERCERO:** Se entiende aceptado el contenido de la presente cláusula y su obligatoriedad por parte del **CONTRATISTA** cuando este último suscribe el contrato. **CLÁUSULA DÉCIMA. CESIÓN:** EL CONTRATISTA no podrá ceder parcial ni totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero salvo previa autorización expresa y escrita del HOSPITAL. **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA. CLAUSULAS EXCEPCIONALES:** Las partes acuerdan que el presente contrato queda sometido a la aplicación de las cláusulas excepcionales de qué trata los artículos 15, 16, 17, 18 y 19 de la Ley 80 de 1993, y normas que las modifiquen o reglamenten. **CLÁUSULA DECIMA SEGUNDA. TERMINACIÓN DEL CONTRATO:** El presente contrato se dará por terminado por las siguientes causas: **1.** Por vencimiento del plazo de ejecución, **2.** Por incumplimiento del objeto contractual. **3.** por incumplimiento de las obligaciones adquiridas por las partes, **4.** Por mutuo acuerdo. **5.** Las demás circunstancias previstas en el manual de contratación

de la empresa y normas concordantes. **CLÁUSULA DECIMA TERCERA. SUSPENSIÓN TEMPORAL:** Por circunstancias de fuerza mayor, caso fortuito o cualquier otra causa excepcional, se podrá suspender la ejecución del contrato, mediante la suscripción de un acta, en la cual conste la eventualidad, sin que para los efectos del plazo extintivo del contrato se compute el tiempo de suspensión. **CLÁUSULA DECIMA CUARTA. LIQUIDACIÓN:** De acuerdo al Estatuto de Contratación, por ser el presente un contrato de SUMINISTROS las partes acuerdan que la liquidación del mismo es obligatoria, en caso de que la misma deba efectuarse por terminación y liquidación anticipada del contrato, el contratista deberá presentar con tres (3) días con antelación al supervisor del contrato para que esta procesa a elaborar el respectivo documento. **CLÁUSULA DECIMA QUINTA. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** El contratista manifiesta, con la suscripción del presente contrato, que no se halla incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de que trata el artículo 21 del Estatuto de Contratación de la Empresa (Acuerdo 007 de mayo 27 de 2014, modificado por el Acuerdo 010 del 29 de junio de 2017) y las demás previstas en la Ley o la Constitución Política. **CLÁUSULA DECIMA SEXTA. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES FRENTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y ARL:** El Contratista debe cumplir las obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral de conformidad con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y 828. **CLÁUSULA DECIMA SEPTIMA. PERFECCIONAMIENTO Y REQUISITOS PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** El presente contrato se perfecciona con la suscripción del mismo por las partes. Para la ejecución se requiere: **1.** La existencia de la disponibilidad presupuestal correspondiente. **2.** La existencia de registro presupuestal y la suscripción del acta de inicio. **CLÁUSULA DECIMA OCTAVA. CLÁUSULA COMPROMISORIA**: las partes acuerdan que los conflictos que surjan en desarrollo del presente contrato se resolverán por el mecanismo de conciliación prejudicial como solución alternativa de conflictos ante la Procuraduría General de la Nación, en el evento de no haber solución al conflicto, se acudirá a la jurisdicción competente. **CLÁUSULA DECIMA NOVENA. INDEMNIDAD:** EL CONTRATISTA se obliga para con el HOSPITAL a mantenerlo indemne de cualquier daño, perjuicio o reclamación judicial o extrajudicial, tramites policivos y administrativos, originado en reclamaciones de terceros, en la ejecución del presente contrato. **CLÁUSULA VIGÉSIMA. NORMASAPLICABLES:** El presente contrato se rige por el Estatuto de Contratación de la E.S.E (Acuerdo007 de mayo 27 de 2014, modificado por el Acuerdo 010 del 29 de junio de 2017), por las normas de derecho privado que le son afines y por las disposiciones expresamente invocadas en el contrato de suministros. **CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA. EXCLUSIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL:** EL CONTRATISTA, prestará sus servicios con plena autonomía técnica y administrativa, por lo tanto, no existirá vinculación alguna de tipo laboral entre este y EL HOSPITAL, ni se generará obligación de reconocimiento de prestaciones sociales, ni de otras prestaciones u obligaciones propias de la relación laboral. **CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA. LUGAR DE EJECUCIÓN:** Cáqueza Sede administrativa si a ello hubiera lugar. **CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA: DOCUMENTOS DEL CONTRATO:** Forman parte integral de este contrato de suministros, la propuesta económica, demás documentos que legalmente se requieran para su perfeccionamiento y los que se produzcan durante el desarrollo del mismo. **CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA. DOMICILIO:** Las partes acuerdan como domicilio contractual el municipio de Cáqueza, Departamento de Cundinamarca. **CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA: MANIFESTACIÓN:** Las partes manifiestan libremente que han procedido a la lectura total y cuidadosa del presente documento, por lo que, en consecuencia, se obligan a todo lo acordado y manifestado. **VIGÉSIMA SEXTA: PUBLICACIÓN:** El presente Contrato será publicado en el SECOP II, de conformidad con lo establecido en la normatividad presente. CLÁUSULA **VIGÉSIMA SEPTIMA: PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION:** El presente contrato requiere para su

perfeccionamiento de la firma o aceptación de las partes en el portal único del Sistema Electrónico de Contratación Pública (SECOP II). Y la aprobación del amparo. La ejecución del contrato iniciará previa expedición del correspondiente Registro Presupuestal y suscripción del acta de inicio.

Proyecto: Carolina Morales/Apoyo a Contratación

Reviso: Sergio Gutiérrez Álvarez
Asesor Jurídico Externo en Contratación

Avenida 5 N° 5-80
Teléfonos 8480574-8480353
Fax: (091) 8480155

Avenida 5 N° 5-80
Teléfonos 8480574-8480353
Fax: (091) 8480155

ACTA DE TERMINACION Y LIQUIDACION DEL CONTRATO DE SUMISTROS No 315 DE 2024

Entre los suscritos a saber, **JUAN JOSE MUÑOZ ROBAYO**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía número **79.304.032**, actuando como Representante Legal de **LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA**, con **NIT 832.001.411-7** según decreto de nombramiento número 002 de fecha primero (01) de abril de dos mil veinticuatro 2024, emanado de la Gobernación de Cundinamarca, y posesionado mediante acta número 044 del día dos (02) de abril de dos mil veinte cuatro 2024, obrando conforme al Estatuto de Contratación de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA, adoptado mediante el Acuerdo de Junta Directiva número 007 del 27 de Mayo del 2014, modificado por el Acuerdo 010 del 29 de junio de 2017 en los artículos 33, 43 y 50, modificado por el Acuerdo 026 de 30 de octubre de 2024 en los artículos: 30, 34, 35, quien para efectos del presente contrato se denominará el HOSPITAL, por una parte, **LITZAIDA HOHEMI RODRIGUEZ GARCIA**, identificada con .CC. 1.126.708.721 quien en adelante se denominará EL CONTRATISTA, por otro lado **ARIEL DANILO BASTO TRUJILLO,** actuando como Supervisor del Contrato, quienes de común acuerdo proceden a terminar y liquidar el **CONTRATO DE SUMINISTROS No 315 DE 2024,** teniendo en cuenta las siguientes:

CONDICIONES GENERALES

Objeto:	**"SUMINISTRO DE VESTIDO Y CALZADO CORRESPONDIENTE A LA VIGENCIA 2024 PARA FUNCIONARIOS ASISTENCIALES, ADMNISTRATIVOS Y DE SERVICIOS GENERALES DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA"..**
Valor del Contrato:	**VEINTIUN MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS MONEDA CORRIENTE ($21.445.200)**
Plazo Inicial del Contrato:	**HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2024.**
Fecha de Suscripción:	**22 DE MAYO DE 2024**
Fecha de Inicio:	**23 DE MAYO DE 2024**
Fecha de Terminación:	**31 DE DICIEMBRE DE 2024**

CONSTANCIAS:

1. En reunión las partes del contrato y el supervisor del mismo evalúan la ejecución del contrato y aceptan dar por terminado y liquidado el **CONTRATO DE SUMINISTROS No 315 DE 2024**

2. El SUPERVISOR deja constancia, que durante la ejecución de contrato verificó el cumplimiento por parte del CONTRATISTA, de las obligaciones al Sistema de Seguridad Social Integral de Salud y pensiones, durante el plazo de ejecución del contrato.

3. De conformidad con el Estado Presupuestal del contrato y los informes emitidos por el Supervisor, el Balance Financiero del Contrato es el siguiente:

Av. 5 N° 5 - 80
Teléfono 6017944310 opción 2
E-mail gerencia@hospitalCáqueza.gov.co
Sitio Web: www.esehospitalCáqueza.gov.co

DETALLE DEL RP 678

RUBRO	REC	TIPO	FECHA VENCIMIENTO	VALOR INICIAL	VALOR OBLIGADO	MODIFICACIONES ADICIONES	MODIFICACIONES REDUCCIONES	VALOR POR OBLIGAR	N° DE CDP
1		2	3	4	5	6	7	8	9
21202010030201	60	A3	31/12/2024 11:59:00 p. m.	$ 17.563.800,00	$ 17.563.800,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	673
21202010030202	60	A3	31/12/2024 11:59:00 p. m.	$ 3.881.400,00	$ 3.881.400,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	673

VALOR RP :	$ 21.445.200,00
VALOR EJECUTADO :	$ 21.445.200,00
VALOR DISPONIBLE :	$ 0,00

MODIFICACIONES AL RP

DOCUMENTO	FECHA	ESTADO	RUBRO	REC	TIPO	FECHA VEN.	NATURALEZA	VALOR	N° DE CDP
1	2	3	4		5	6	7	8	9

OBLIGACIONES

DOCUMENTO	FECHA	ESTADO	RUBRO	REC	TIPO	VALOR	FECHA ANULACION
1	2	3	4		5	7	8
1326	7/06/2024 12:10:53 p. m.	1	21202010030201	60	A3	$ 5.854.600,00	
2310	9/09/2024 12:49:06 p. m.	1	21202010030201	60	A3	$ 5.854.600,00	
4120	27/12/2024 4:14:47 p. m.	1	21202010030201	60	A3	$ 5.854.600,00	
1326	7/06/2024 12:10:53 p. m.	1	21202010030202	60	A3	$ 1.293.800,00	
2310	9/09/2024 12:49:06 p. m.	1	21202010030202	60	A3	$ 1.293.800,00	
4120	27/12/2024 4:14:47 p. m.	1	21202010030202	60	A3	$ 1.293.800,00	

ORDENES DE PAGO

DOCUMENTO	FECHA	ESTADO	RUBRO	REC	TIPO	VALOR	FECHA ANULACION	CONSECUTIVO DE
1	2	3	4		5	7	8	OBLIGACION
924	18/07/2024 12:10:55 p. m.	1	21202010030201	60	A3	$ 5.854.600,00		1326
1466	24/09/2024 12:49:08 p. m.	1	21202010030201	60	A3	$ 5.854.600,00		2310
2824	31/12/2024 4:14:49 p. m.	1	21202010030201	60	A3	$ 5.854.600,00		4120
924	18/07/2024 12:10:55 p. m.	1	21202010030202	60	A3	$ 1.293.800,00		1326
1466	24/09/2024 12:49:08 p. m.	1	21202010030202	60	A3	$ 1.293.800,00		2310
2824	31/12/2024 4:14:49 p. m.	1	21202010030202	60	A3	$ 1.293.800,00		4120

Av. 5 N° 5 - 80
Teléfono 6017944310 opción 2
E-mail gerencia@hospitalCáqueza.gov.co
Sitio Web: www.esehospitaiCáqueza.gov.co

4. De conformidad con el balance efectuado en el numeral anterior, los recursos del presupuesto fueron ejecutados.

ACUERDA:

PRIMERO: Dar por terminado y liquidado por mutuo acuerdo, el **CONTRATO DE SUMINISTROS No 315 DE 2024** *suscrito entre* la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA y la empresa **LITZAIDA HOHEMI RODRIGUEZ GARCIA**, identificada con la CC. 1.126.708.721, en atención a la Cláusula Decima Segunda del contrato, Numeral 4.

SEGUNDO: Dar por terminado y liquidado por mutuo acuerdo, el **CONTRATO DE SUMINISTROS No 315 DE 2024,** suscrito entre la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA la empresa **LITZAIDA HOHEMI RODRIGUEZ GARCIA**, identificada conla .CC. 1.126.708.721 , de acuerdo a lo estipulado en la Cláusula decima cuarta del contrato.

TERCERO: De conformidad con la relación de las obligaciones los pagos fueron efectuados, según Comprobante de Egreso No, 31742 del 18 de julio del 2024, Comprobante de Egreso No, 32334 del 24 de septiembre del 2024 y Comprobante de Egreso No, 33708 del 31 de diciembre del 2024 , por lo anterior se declara a PAZ Y SALVO por todo concepto en el cumplimiento de las obligaciones surgidas, el **CONTRATO DE SUMINISTROS No 315 DE 2024**

CUARTA: La presente acta de terminación y liquidación se publicará en el sistema electrónico Contratación Publica **(SECOP II).**

QUINTA: PERFECCIONAMIENTO. La presente terminación y liquidación se considera perfeccionada con la aceptación de las partes en la plataforma del sistema electrónico Contratación Pública (SECOP II).

Proyecto: Libia Rosaura Herrera/Apoyo a la gestión administrativa/ Contratacion.
Reviso: Dr. Sergio Gutiérrez Álvarez / Asesor jurídico / Contratación.

HOSPITAL	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E	Código FR-CON-12	Versión 3	Página 1 de 2
	FORMATO DE VINCULACIÓN PERSONA NATURAL		Fecha de Vigencia 15-04-2024	

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
VILLAVIENCIO		oct-26

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos LITZAIDA NOHEMI RODRIGUEZ GARCIA	Sexo			
	M		F	x

Tipo de Documento										Número	Lugar de Expedición	Fecha de Expedición
C.C	X	C.E		T.I		R.C		PP		1126708721	villavicencio	16/08/2017

Estado Civil (Seleccione)					Nivel Educativo					No Personas a Cargo	Tipo De Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. Libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Tecnico	Universidad	Posgrado		Propia	Arrendada	Familiar	Rural	Urbana
x								x		1	x				

Fecha de Nacimiento			Lugar De Nacimiento	Dirección de Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
10	3	1999	Apure-Venezuela	calle 19 sur nro 37-57 nuevo horizonte	villavicencio	meta

Correo Electrónico	Numero de celular	Numero de Telefono
litzaidanoerodriguez13@gmail.com	3025856279	

Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	x	Empleado		Hogar		Jubilado		Menor de edad		4771	4772		

1.-Detalle Actividad Económica	Comercio al por menor de prendas de vestir, sus accesorios, calzado y artíc	2.-Descripción del CIIU	Comercio al por menor de prendas de vestir y sus accesorios (incluye artículos de piel
Según el Rut	comercializacion y venta al por menor de prendas de vesti, accesorios, calzados, etc	De acuerdo a la actuvidad del RUT	y venta al por menor de prendas de vestir, accesorios, calzado y ar

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo De Documento			Número
LITZAIDA NOHEMI RODRIGUEZ GARCIA	C.C. X	C.E.	P.P	1126708721

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio								Cargo
	Pública		Privada			Mixta		Otra, Cual?	

Dirección Empresa o Negocio	Ciudad	Barrio	N° Telefono

Maneja dinero del estado o está expuesto publicamente?	SI		NO	X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 8.000.000	Total Egresos Mensuales 4.000.000
Otros Ingresos Mensuales	Otros Egresos Mensuales
Total Activos 180000000	Total Pasivos 25000000

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes12	Año2025	Es declarante?	Si	X	No	
Maneja Recursos Públicos? En caso de manejar Recursos Públicos Indique su Origen (Convenios, Regalías Públicas Otros)				Si		No	X

Realiza Operaciones Internacionales (Señale el tipo de operación: Importaciones, exportaciones, inversiones, prestamos, pagos, envío de giros etc.? NO

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: ingresos provenientes de las ventas de mi actividad

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado no proviene de Lavado de Activos y/o Financiación de Terrorismo, no de otra actividad ilícita: "Sí, declaro que los fondos no provienen d

4. REFERENCIAS

Personal	Nombres y Apellidos	Sofia Vargas	Dirección	conjunto quintas de morelia	Teléfono	3218778987
Personal	Nombres y Apellidos	Harold Figueroa	Dirección	urbanizacin quintas del bosque	Teléfono	3505646312	Parentezco	amigos
---	---	---	---	---	---	---	---	---

5. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades licitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propios, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a las E.S.E Hospital Departamental De Villavicencio a o a quien represente sus derechos u ostenten en el futuro la calidad de acreedor para: 1) verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del sector financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E Hospital Departamental De Villavicencio, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones. Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E Hospital Departamental De Villavicencio. 2) Me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a la E.S.E Hospital Departamental De Villavicencio no utilizar o revocar mi información personal. 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y protección de datos personales. 4) La E.S.E Hospital Departamental De Villavicencio me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.

6. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

- Formato de vinculación de persona natural debidamente diligenciado y firmado, es de obligatorio cumplimiento.
- *Fotocopia del RUT actualizado*

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E	Código FR-CON-12	Versión 3	Página Página 2 de 2
HOSPITAL	FORMATO DE VINCULACIÓN PERSONA NATURAL		Fecha de Vigencia 15-04-2024	

7. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

Firma Solicitante o Representante Legal

Huella Índice Derecho

8. RESULTADOS DE LA ENTREVISTA O VISITA AL CLIENTE

Lugar	Fecha						Hora			
	aa		mes		día		a.m.		p.m.	
Resultado	Aceptado					Rechazado				
Observaciones										

Nombre y Firma Asesor Oficina

9. CONFIRMACIÓN DATOS DEL CLIENTE

Fecha año mes día	hora a.m. p.m.	Teléfono
Nombre de la persona que atendió		Parentesco
Confirmación de la dirección		SI NO
Aceptado	Rechazado Observaciones	
Nombre y firma Asesor Oficina Que Verifica		

Nombre del Jefe de Oficina

Firma del Jefe de Oficina

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.	Código FR-JUR-19	Versión 1	Página 1 de 2
HOSPITAL	FICHA PARA CREACIÓN DE PROVEEDORES DE PRODUCTOS Y SERVICIOS	Fecha Vigencia 21/10/2022		

FECHA: __02 10 2026__ _____ _____

NOMBRE DE LA EMPRESA O PERSONA NATURAL(Como aparece en la camara de comercio)

LITZAIDA NOHEMI RODRIGUEZ GARCIA

NIT 1126708721

NOMBRE DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

LITZADIA NOHEMI RODRIGUEZ GARCIA

DIRECCIÓN

CALLE 19 SUR NO. 37-57 Celular: 302 5856279

TELÉFONO

3025856279

DIRECCIÓN ELECTRÓNICA

LITZAIDANOERODRIGUEZ13@GMAIL.COM

CIUDAD DONDE TIENE LA EMPRESA

VILLAVICENCIO

NACIONALIDAD

COLOMBIANA

TIPO DE PERSONA: NATURAL _X

TIPO DE TERCERO: PROVEEEDOF X OTRO_____

FABRICANTE_____ DISTRIBUIDOR_____

TIPO DE CONTRIBUYENTE:

GRAN CONTRIBUYENTE: _____

RÉGIMEN COMÚN: _____

RÉGIMEN SIMPLIFICADO X

EMPRESA ESTATAL _____

OTRA CUAL _____

RETENCIÓN: EXENTO DE RETENCIÓN _____ HACER RETENCIÓN _X

MANEJA IVA: SI_____ NO X

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA: _ 4771 4772

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA TESORERIA MUNICIPAL "CIIU" : _ 4771

VALOR K _____ SMMLV

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.	Código FR-JUR-19	Versión 1	Página 2 de 2
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.	FICHA PARA CREACIÓN DE PROVEEDORES DE PRODUCTOS Y SERVICIOS	Fecha Vigencia 21/10/2022		

RESPONDE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1. RELACIONE LOS GRUPOS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS QUE NOS OFRECE?
Medicamentos: _____ Equipos: _____ Servicios : _X
Dispositivos Médicos _____ Papelería y aseo _____ Otros cual _____

2. CUALES SON LOS PLAZOS DE PAGO ESTABLECIDOS ?
Pago de Contado_____ Crédito a 30 dìas _____ Crédito a 45 o más dias__ X

3. QUE GARANTÌA NOS OFRECE EN CUANTO AL CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES DEL PRODUCTO Y SERVICIO?
Póliza de Garantía Unica X Otra Cual :_____

4. MENCIONE EL PLAZO MÁXIMO EN DIAS PARA ENTREGARNOS SUS PRODUCTOS
De 1 a 3 dias: _____ De 4 a 6 dias: _____ Más de 6 dias: X

5. SU EMPRESA CUENTA CON UN PROCEDIMIENTO PARA TRAMITAR QUEJAS Y RECLAMOS DE LOS CLIENTES?
SI X NO: _____

6 SU EMPRESA CUENTA CON SERVICIOS ADICIONALES A LA VENTA? SI:_____X___NO:_____

7. SU EMPRESA ESTA CERTIFICADA CON LAS NORMAS DE CALIDAD? SI:___X_____NO:_____

8. USTEDES CUENTAN CON INVENTARIO DE LOS PRODUCTOS QUE NOS SUMINISTRAN PARA ATENDER CUALQUIER EVENTUALIDAD?
SI :___X_____ NO: _____

9. CUENTA CON
SEDE PRINC X VILLAVICENCIO
SUCURSAL _____ CIUDAD _____
DISTRIBUIDOR _____ CIUDAD _____
REPRESENTANTE DE VENTAS _____

LIRAIDA MOHAMED RODRIGUEZ
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL