|  |  |
| --- | --- |
|  | **CONTRATO N° DE** |
| **PROCESO RESPONSABLE / ORDENADOR DEL GASTO:**  |
| Vicerrectoría Administrativa y Financiera |  | VicerrectoríaAcadémica |  | Vicerrectoría deInvestigaciones |  | Dirección de Interacción Social |  |
| **DEPENDENCIA O CONVENIO:** | **CONTRATISTA:** |
|
| **RESPONSABLE** | **N°** | **DOCUMENTOS** | **V.B. / Fecha o Digito de Verificación** |
| **ETAPA PRECONTRACTUAL** | Área solicitante | 1 | FCT-01 Estudio de Conveniencia y Oportunidad Contratación Directa |   |
| 2 | FCT-02 Autorización para Celebración de Orden de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión |   |
| 3 | FCT-17 Acta de Estudio de Idoneidad y Experiencia |   |
| 4 | FDE.VA 07 Solicitud de Disponibilidad Presupuestal |   |
| 5 | Hoja de vida (Formato único DAFP-última versión de la función pública) y soportes |   |
| 6 | Documento de identificación (C.C., C.E., PAS, VISA, PEP) |   |
| 7 | Documento que acredite haber definido su situación militar (si aplica) |   |
| 8 | Certificación bancaria para efectos de pago |   |
| 9 | Tarjeta profesional (Si aplica) |   |
| 10 | Licencia de conducción (Si aplica) |  |
| 11 | Verificación de Antecedentes Fiscales (Contraloría- certificado no mayor a tres meses) |   |
| 12 | Verificación de Antecedentes Disciplinarios (Procuraduría- certificado no mayor a tres meses) |   |
| 13 | Verificación de Antecedentes judiciales (Policía Nacional- certificado no mayor a tres meses) |   |
| 14 | Verificación del sistema de registro nacional de medidas correctivas RNMC (del mes vigente) |   |
| 15 | Certificado de la EPS o Formulario de Afiliación a Salud (Se requiere que el contratista este como independiente-cotizante-contributivo y en estado activo y del mes vigente)  |   |
| 16 | Certificado o Formulario de Afiliación a Pensión (AFP) (Se requiere que se encuentre activo y del mes vigente) |   |
| 17 | Examen de aptitud ocupacional |   |
| 18 | RUT (Con la información actualizada) |   |
| 19 | Protocolo de Viabilidad Económica (Postgrados y educación continua) |   |
| 20 | Control de seminarios (Postgrados y educación continua) |   |
| Revisión de documentos | **Cumple con los soportes legales para celebrar la Orden de Prestación de Servicios** |  |
| **Nombre de Responsable o firma** |  |
| **Fecha y hora** |  |
| **ETAPA CONTRACTUAL** | Contratación | 21 | Contrato |   |
| 22 | FCT-13 Acta de Inicio |   |
| 23 | FCT-15 Designación de supervisor o Interventoría |   |