Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	31/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	KAREN ROSA LEIVA PEÑA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	26.638.210							
CORREO ELECTRONICO:	KAREN ROSA LEIVA PEÑA				CELULAR:	3057743429							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KENNEDY												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PATOLOGIA				SEDE:	KE10							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	L01	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	AV VILLAS				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	011829467								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4207-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1 DE 1				
NÚMERO DE CDP	803	FECHA	18/04/2018	NÚMERO DE CRP		FECHA				
OBJETO DEL CONTRATO:	CITOHISTOTEGNOLOGA									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		10	5	2018		31	5	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.303.984									
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$1.303.984
VALOR EJECUTADO	$1.303.984
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.303.984
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $**1,953.105**, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1013095217	$781.242,00	$97.655	$124.999	3	$19.031	**$241.685**

Dado en Bogotá a los ___ días del mes de Mayo del año Dos Mil Diez y ocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LUDDY MARTIN BACCI
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

KAREN ROSA LEIVA PEÑA 26638210
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	**PATOLOGIA**						**Sede: KENNEDY**			
No. DE CONTRATO:	4207 -2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			10	5	2018		31	5	2018	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**KAREN ROSA LEIVA PEÑA**		**C. C.**		26 638 210		**DE**		BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como CITOHISTOTEGNOLOGA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ NO ___ Servicios: SI ___ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: El contratista el contratista se obliga para el CONTRATANTE a realizar las siguientes actividades: Especificas (conforme a las contenidas al requerimiento) Generales: además de las anteriores y sin perjuicio de su autonomía el CONTRATISTA tendrá las siguientes obligaciones: 1. Cumplir con las leyes, decretos, acuerdos, resoluciones, circulares de cualquier órgano externo o reglamento interno código o directriz interna de la E.S.E. que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato. 2. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato si a ello hubiera lugar. 3. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente contrato, de acuerdo al código del buen gobierno y ética institucional y/o profesional. 4. Pagar sus aportes. Al Sistema General de Seguridad Social Integrada durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales y establecidos y de los 15 primeros días calendario de cada mes. 5. Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. 6. Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción cuidado y uso racional de los recursos del sistema integrado de gestión de la Subred Suroccidente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo, sistema único de acreditación, responsabilidad social, seguridad de la información y control interno, acorde el desarrollo dela responsabilidades asignadas. 7. Contribuir con el mantenimiento y mejora del sistema obligatorio de garantía de la calidad institucional dentro del desarrollo de las responsabilidades asignadas en el marco de operación de los componentes del Sistema único de habilitación, auditoria para el mejoramiento de la calidad. Sistema único de Acreditación y Sistema de Información. 8. Cumplir con el desarrollo de las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los ejes del Sistema único de acreditación Gestión del riesgo, humanización de la atención, transformación cultural, gestión clínica excelente y segura, gestión de la tecnología, atención centrada en el usuario y responsabilidad social, acorde al desarrollo del as responsabilidades asignadas. 9. Cumplir con las políticas gerenciales, acuerdos institucionales, protocolos éticos, planes, programas, procesos y procedimientos definidos en el marco de la operación la subred suroccidente, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. 10. Ejecutar en las acciones preventivas y o correctivas, y o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas. 11. Preparar y presentar los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas dentro de los términos de la ley garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos. 12. Asistir y aprobar los procesos de actualización, presenciales y virtuales, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por este con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales. 13. Realizar todas aquellas actividades necesarias pendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas. 14. El CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E., que comprometa el buen nombre la subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. o de cualquiera de sus unidades de prestación de servicios de Salud será motivo de terminación unilateral del contrato, previo agotamiento del debido proceso. 15. En caso de ser designado supervisor de un contrato realizar las gestiones necesarias pendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico enmendado, respondiendo fiscal, disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que ello conlleve. 16. El CONTRATISTA, cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud debe garantizar la atención médica y apoyo a la misma al ser consecuencia misma de la misión médica.	100	• Procesamiento y montaje de líquidos para estudio citológico. • Realización de coloraciones especiales requeridas. • Control diario de calidad de coloraciones. • Apoyar el proceso de descripción macroscópica diario. • Responder por el archivo de las preparaciones histopatológica y bloques de parafina. Elaborar instructivos y procedimientos Laboratorio Citología. Brindar una atención adecuada , oportuna, eficiente, eficaz, amable y de máxima calidad al usuario y al público en general y suministrar información de acuerdo a sus requerimientos.	• Líquidos procesados • Coloraciones . • Control de calidad de la coloracion • Apoyo en la descripción macroscópica • archivo de laminas histopatológica y bloques de parafina • Radicación diaria de muestras con verificación de facturación de las muestras y cargo al sistema órdenes de servicios • Entrega de bloques y láminas requeridas • atención adecuada , oportuna, eficiente, eficaz, amable y de máxima calidad al usuario y al público en general y suministrar información de acuerdo a sus requerimientos

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): UN MILLON OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES MIL TRECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS (1. 303.984)

Karen Rosa Elena Leiva Peña

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

KAREN ROSA LEIVA PEÑA C.C. 26 638 210

Fecha -- / 5/ 2018 Firma de recibido supervisor _

LUDDY MARTIN BACCI

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2018-05-18, 03:26:47 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1013095217 **Referencia pago(PIN)** 8890063070

Periodo Cotización 201805 **Periodo Servicio** 201805

Cliente:

PAGADA 2018-05-12 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KAREN ROSA LEIVA PENA				
Documento	CC 26638210	**Dirección**	CARRERA 13 # 3-16 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3111111111		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	LEIVA PEÑA KAREN ROSA	**Identificación**	CC 26638210		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 26638210		**Residente**		**Exonerado**		**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00				N	LEIVA PENA KAREN ROSA ELENA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión							Salud							Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	30	30	30	0			$ 781.242	230301		16 %	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	EPSC34		12,5 %	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	14-28	3	2,436 %	$ 781.242	$ 19.100	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	ARP SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241.800

Karen Rosa elena Leiva Pena
C c 26638210

N°cuenta 011829467

COLSUBSIDIO
SANTA ISABEL

DOCUMENTO SOPORTE

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
REFERENCIA : 8890063070
PLANILLA : 1013095217
PERIODO : 2018/05
REFERENCIA 2: 8890063070

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	244000
			244000

DOCUMENTO

1805120001539573
CONSECUTIVO: 001

MAY 12, 18 14:56

12/May/2018 14:57 3800 01 0161 5186761
(COPIA CLIENTE)

Karen Rosa elena Leiva pena
cc 26638210

Banco AV Villas

NIT. 860.035.827-5

BANCO COMERCIAL
"AV VILLAS"
NIT: 860.035.827-5

CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

C E R T I F I C A :

Que **KAREN ROSA ELENA LEIVA PENA** identificado con el documento No. **26638210**
posee en la oficina CHICO (010) una cuenta de ahorros
No. **011-82946-7** desde el 9 de Agosto de 2013

Se expide la presente a solicitud del interesado a los 19 dias del mes de Junio de 2015

Atentamente,

Sandra G

Gerente Oficina Bogota Carrera Decim

OF. 403-CRA DECIMA VISADO Banco AV Villas

Karen Rosa Elena Leiva Pena
26638210

Esta certificación tiene un costo de $ 7,860.00 , el cual será debitado de su cuenta y se verá reflejado en el extracto de la misma.

F-06-403-1

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14467116095

(415)7707212489984(8020) 000001446711609 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 6 6 3 8 2 1 0	4	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	2 6 6 3 8 2 1 0	1 9 9 8 1 1 0 5

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Putumayo 8 6	Leguizamo 5 7 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LEIVA	PEÑA	KAREN	ROSA ELENA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 13 A 3 16 SUR BRR SEVILLA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
princexxkar@hotmail.com		3 0 5 7 7 4 3 4 2 9	

CLASIFICACION

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
8 6 9 2	2 0 0 7 1 1 0 1	8 2 9 9	2 0 1 8 0 4 3 0					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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

Karen Rosa Elena Leiva Peña
26638210

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	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: 2 0 1 8 0 4 3 0

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 15 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: LEIVA PEÑA KAREN ROSA ELENA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 30-04-2018 02:43:00PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **26.638.210**
LEIVA PEÑA

APELLIDOS
KAREN ROSA ELENA

NOMBRES

Karen Rosa Elena Leiva Peña

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-MAY-1980**
PUERTO LEGUIZAMO
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.49	**B+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

05-NOV-1998 PUERTO LEGUIZAMO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00620634-F-0026638210-20140910 0039917635A 1 1463029813

Karen Rosa Elena Leiva Peña
26638210

LRP