NUEVA CONTRATISTA

	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.
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		Fecha de aprobación	31/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	KATERINE TATIANA ORTIZ MORALES											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.010.234.197						
CORREO ELECTRONICO:	kara.ortiz4@gmail.com				CELULAR:	3204808876						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KE10											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PATOLOGIA				SEDE:	KENNEDY						
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:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	0550452900110449								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5837 -2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2 DE 2			
NÚMERO DE CDP	1052	FECHA	22/07/2020	NÚMERO DE CRP	33652	FECHA	22/08/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	TECNICA EN CRIMINALISTICA									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	9	2020		30	9	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.061.252									
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$2.748.336
VALOR EJECUTADO	$2.748.336
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.061.252
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 $2.070.290, 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
9410198742	$877.803,00	$109.725	$140.448	3	$21.383	**$271.557**

Dado en Bogotá a los ___ días del mes de Septiembre del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LUDDY MARTIN BACCI
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

KATERINE TATIANA ORTIZ MORALES
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

NUEVO 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	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PATOLOGIA										Sede: KENNEDY		
No. DE CONTRATO:	5837 - 2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año				
			1	9	2.020		30	9	2.020				
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	KATERINE TATIANA ORTIZ MORALES		C. C.		1.010.234.197		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 TECNICA EN CRIMINALISTICA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ NO ___ Servicios: SI X 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	• Revisar el correcto embalado de los E.M.P de las diferentes dependencias del hospital de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente para garantizar la conservación del elemento material de prueba. • Informar constantemente mediante oficios a las autoridades competentes la recolección de los EMP o EF recolectadas en el hospital. • Almacenar y clasificar cada uno de los EMP o EF de acuerdo a sus características en el almacén transitorio de evidencias. • Custodiar, almacenar los elementos recolectados como material de prueba conforme a lo establecido en la normatividad vigente. • Remitir a otra autoridad el elemento material de prueba cuando sea solicitado verificando previamente la noticia criminal. • Depuración de los EMP o EF recolectados si la autoridad competente no lo solicita o si sus características lo exigen, dejando las respectivas actas debidamente diligenciadas. • Realizar todas las actividades y procedimientos relacionados con el manejo de cadáveres y disposición final de éstos. Brindar capacitaciones y socializar todos los procedimientos, instructivos y protocolos determinados relacionados con el manejo de cadáveres, cadena de custodia y realización de autopsias.	• Revision diaria de los E.M.P. • Envio de comunicados correspóndientes a la URI de Kennedy solicitando recolecion de la evidencia. • Evidencia almacenada segun su clasificacion. • Entrega de evidencia fisica a la autoridad competente. • Actas de capacitacion al personal que tenga contacto con los E.M.P..

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): DOS MILLONES SESENTA Y UN MIL DOCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS. (2.061.252)

Katerine Ortiz	
NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA KATERINE TATIANA ORTIZ MORALES C.C. 1.010.234.197	Fecha : -- / 09 / 2020 Firma de recibido supervisor:_ LUDDY MARTIN BACCI

n línea

Resumen General de Pago

LES DEL APORTANTE

	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
		ORTIZ MORALES KATERINE TATIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	crr 82G #59 sur - 62 torre 11 ap 803	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

LES DE LA LIQUIDACION

	Clave		Tipo	Fecha		Pago		
aiud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
08	735875464	9410198742	I	2020/09/22	2020/09/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$271,700

DETALLADA DE APORTES

PLEADO		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
ación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
PAL (1 Afiliados)				**$877,803**	**$140,500**			**$877,803**	**$109,800**			**$0**	**$0**			**$877,803**	**$21,400**		**$0**	**$0**
o: PRINCIPAL (1 Afiliados)				$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
epto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)				$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
4197	ORTIZ KATERINE	25-14	30	$877,803	$140,500	EPS010	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-23	30	$877,803	$21,400	0	$0	$0
filiados(1)				$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0

Katerine

n línea

Resumen General de Pago

LES DEL APORTANTE

	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
		ORTIZ MORALES KATERINE TATIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	crr 8ZG #59 sur - 62 torre 11 ap 803	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

LES DE LA LIQUIDACION

	Clave		Tipo	Fecha		Pago		
alud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
-08	735875464	9410198742	I	2020/09/22	2020/09/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$271,700

E PAGO

	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
ES	25-14	900,336,004	7	1	$140,500	$0	$0	$140,500
ADORAS: 1)				1	$21,400	$0	$0	$21,400
MPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$21,400	$0	$0	$21,400
ADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
NTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$109,800	$0	$0	$109,800
				1	$271,700	$0	$0	$271,700

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

KATERINE TATIANA ORTIZ MORALES

C.C 1.010.234.197 DE BOGOTA

La suma de 2.061.252, por concepto de: Prestación de servicios como Técnica en Criminalística durante el periodo de 01 al 30 de Septiembre de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 5837 - 2020**

Katerine

KATERINE TATIANA ORTIZ MORALES

C.C 1.010.234.197 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 05545290011449

DAVIVIENDA

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **04/08/2020**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora KATERINE TATIANA ORTIZ MORALES** con **Cédula de Ciudadanía** número **1010234197**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550452900110449**
Fecha de apertura	**04/10/2018**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.010.234.197

ORTIZ MORALES

APELLIDOS

KATERINE TATIANA

NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-JUN-1997

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

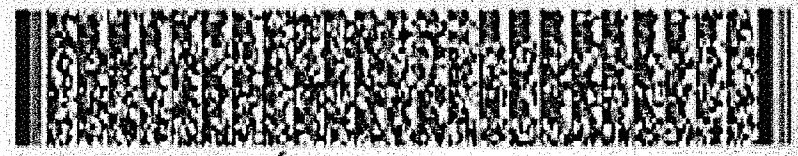
1.57 A+ F

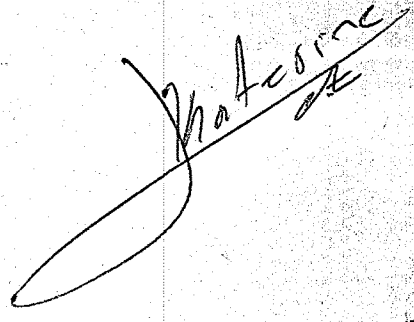
ESTATURA G.S. RH SEXO

30-JUN-2015 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES





DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

Modelo Único de Ingresos, Servicios y Control Administrados

001

2. Concepto [0 1] Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14479155209

(415)7707212899841(8020)000001447915520 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 0 2 3 4 1 9 7	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]	[1 0 1 0 2 3 4 1 9 7]	[2 0 1 5 0 6 3 0]

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	[1 6 9]	Bogotá D.C. [1 1]	Bogotá, D.C. [0 0 1]

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ORTIZ	MORALES	KATERINE	TATIANA

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: CL 58 C BIS 82 31

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
		3 2 0 4 8 0 8 8 7 6	

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 2 9 9	2 0 1 8 0 8 2 4							

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	1	2																								

12- Ventas régimen simplificado

Obligados 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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: [1] 61. Fecha: [2 0 1 8 0 8 2 4]

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 19 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

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

984. Nombre: RANGEL BERNAL JHONNATAN ANDREY
985. Cargo: Analista I

Fecha generación documento PDF: 24-08-2018 07:17:55AM