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	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARIA EUGENIA MORENO LOZANO							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	41689518		
CORREO ELECTRONICO:	meml.1954@gmail.com				CELULAR:	3123252971		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ATENCION AL USUARIO DELICIAS				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	PA15O02	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	8380062771				PENSIONADO	SI		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	498			VIGENCIA	2023		
NÚMERO DE CDP	1170	FECHA	2023-05-17 15:04:09.000	NÚMERO DE CRP	24116	FECHA	2023-05-26 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR ADMINISTRATIVO I (ATUS)						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2023-04-01		2023-04-30			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1,633,601						
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo	RESERVA DE GLOSA 0%	N/A				

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$6,534,404
VALOR EJECUTADO	$4,900,803
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,633,601
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1,633,601
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	75%

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 $2.194,507 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
66514180	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

MARCELA CASTELLANOS CABRERA
39788222
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Apropiar e implementar el Manual de información y servicio al ciudadano y procedimientos institucionales.	N/A	N/A
2. Realizar revisión de los documentos de identificación del usuario a través de un adecuado filtro en fila de acuerdo a los procedimientos institucionales.	SI	1250
3. Realizar entrega de ficha de digiturno de acuerdo al tipo de población y necesidad de la atención (Prioritaria, citas del día, población general).	N/A	N/A
4. Realizar correcta identificación de la población prioritaria a través de las estrategias establecidas por la institución e identificación del riesgo y escala del dolor.	N/A	N/A
5. Registro y captura de la lista de espera de acuerdo a los lineamientos institucionales.	N/A	N/A
6. Realizar acompañamiento a personas con discapacidad y adultos mayores que lo requieran durante el ciclo de atención en salud.	N/A	N/A
7. Realizar charlas educativas en salas de espera de acuerdo a los procedimientos institucionales.	N/A	N/A
8. Verificación del entendimiento del usuario a través de la estrategia comunicación redundante.	SI	1250
9. Brindar información y orientación a los usuarios y familia respecto del ciclo de atención en los servicios de Consulta Externa y los tiempos en la atención, permanentemente.	N/A	N/A
10. Orientar al usuario y su familia a los programas de Promoción y Detección Temprana en los casos que se requiera.	N/A	N/A
11. Realización de charla de taller pedagógico a los usuarios inasistentes.	N/A	N/A
12. Aplicación encuestas de satisfacción de acuerdo a meta previamente establecida y realización de teleauditoria.	N/A	N/A
13. Registro, captura y gestión de las barreras de acceso.	N/A	N/A
14. Verificación de órdenes médicas en el egreso del usuario para orientación y direccionamiento.	SI	1250
15. Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la Entidad.	SI	1
16. Todas las demás actividades que sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato.	SI	SI

MARCELA CASTELLANOS CABRERA
39788222
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

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	41689518	MARIA EUGENIA MORENO LOZANO	CALLE 30A SUR 68D 44	4032069	MEML.1954@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-03	2023-03	I	19/04/2023	66514180	$198.900	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	145.000	0		0		0	9	1.700	0	146.700	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

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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	28.300				28.300	9	400	28.700			283	28.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	23.200	9	300	23.500	1

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	145.000	146.700
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	28.300	28.700
CCF	1	23.200	23.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	196.500	198.900

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	41689518	MARIA EUGENIA MORENO LOZANO		CALLE 30A SUR 68D 44	4032069	MEML.1954@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-03	2023-03	I	19/04/2023	66514180	$198.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornudo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	41689518	MORENO LOZANO MARIA EUGENIA	59	2			N																		0	0	0	0	0		EPS008	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	3	28.300	CCF24	1.160.000	23.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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

SEGURO SOCIAL

Prosperidad para todos

RESOLUCION No. 019490 **DE** 10 JUN 2011

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de prestaciones económicas en el Sistema General de Pensiones – Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida.

ASESOR II DE LA VICEPRESIDENCIA DE PENSIONES (E)

En uso de las facultades otorgadas por el Presidente del Seguro Social mediante Resolución N° 0594 del 1 de abril de 2011y.

C O N S I D E R A N D O:

Que el día 06 de agosto de 2010, la asegurada **MARIA EUGENIA MORENO LOZANO**, identificada con la cédula de ciudadanía número 41.689.518 y afiliación al ISS número 941689518 de la Seccional Cundinamarca y D.C, solicito el reconocimiento de la pensión de jubilación, por considerar cumplidos los requisitos para ello.

Que se anexa al expediente de solicitud pensional, copia del Registro Civil de Nacimiento de la asegurada, en el cual se precisa que nació el 25 de Junio de 1954, acreditando a la fecha tener 56 años de edad.

Que la asegurada, para acreditar las semanas necesarias para la pensión allegó certificados sobre tiempo de servicios al sector público no cotizado al ISS así:

ENTIDAD	PERÍODO	DIAS
E.S.E HOSPITAL DEL SUR (CAJA DE PREVISION DEL DISTRITO)	16/01/1991 A 30/06/1995 01/07/1995 A 30/12/1995	1560 180
TOTAL DIAS COTIZADOS SECTOR PUBLICO		**1740**

Que revisado el reporte de semanas cotizadas a este Instituto y luego de efectuar la imputación de pagos prevista en el artículo 29 del Decreto 1818 de 1996, modificado por el artículo 53 del Decreto 1406 de 1999, se establece que el asegurado cotizó al Seguro Social de forma interrumpida 4992 días.

Que sumado el tiempo laborado por la asegurada, a entidades del Sector Público y el cotizado al Seguro Social, acredita un total de 6732 días; que equivalen a 961 semanas, correspondientes a 18 años, 8 meses y 12 días.

Que según lo dispuesto en el inciso segundo de la Ley 100 de 1993, las personas que a 1° de abril de 1994 tuviesen 35 años o más de edad si son mujeres y 40 o más años de edad en el caso de los hombres o quince (15) o más años de servicio se les debe aplicar la edad para pensionarse, el número de semanas o tiempo cotizado y el monto pensional del régimen anterior al que venían afiliados, encontrando que la asegurada **MARIA EUGENIA MORENO LOZANO**, reúne los requisitos para ser beneficiario del régimen de transición anterior manifestado.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MARIA EUGENIA MORENO LOZANO

C.C 41.689.518 DE BOGOTA

La suma de $1.633.601, por concepto de: Prestación de Servicios como Auxiliar Administrativo I, en el área de participación y servicio al ciudadano, durante el periodo de 01 al 30 de Abril de 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 498-2023



MARIA EUGENIA MORENO LOZANO

C.C.41.689.518 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 80062771