6036 - 5163

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:	MARIA EUGENIA MORENO LOZANO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	41,689,518							
CORREO ELECTRONICO:	meml,1954@gmail.com				CELULAR:	312 325 29 71							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ADMINISTRATIVO				SEDE:	Sur							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de	%	
	R02A												
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	838006277 1												

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	OPS 2975/18			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		PAGO 2 de 3					
NÚMERO DE CDP	35	12/01/2018		NÚMERO DE CRP	11187	FECHA	31/01/2018				
OBJETO DEL CONTRATO:	CONDUCTOR ADMINISTRATIVO										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	3	2018		31	3	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.250.000										
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%									

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:	$3.750.000
VALOR EJECUTADO	$2.500.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.250.000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.250.000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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 **$1.844.293**, 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
8326377109	$738.000	$92.250	$0	0	$18.500	**$110.750**

Dado en Bogotá a los 28 días del mes de marzo del año Dos Mil Diez y Ocho (2018.) Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

CARLOS FONSECA SAMACA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MARIA EUGENIA MORENO LOZANO
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	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:		Sede:							
No. DE CONTRATO: 2975/2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
		1	3	2.018		31	3	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARIA EUGENIA MORENO LOZANO	C. C.	41,689,518			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

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1- Elaboración y aplicación de planes de mejoramiento en lo relacionado con servicio de	Programado	En compañía del supervisor se hicieron verbalmente y anotacion recomendaciones a las operarias según novedades	
6- Sistematización de los recibos de lubricantes y combustible del parque automotor del hospital	Programado	S e entrego consolidado de combustibles de todos los moviles de propiedad del hospital para su respectiva certificacion	
2- Entrega de consolidados de cumplimiento de los contratos del área de transporte al jefe para las respectivas certificaciones.	Programado	Se entrega revisado lo correspondiente a los contratos de transporte, combustible, talleres	PLANILLAS-CERTIFICACION-
3-Solicitar CDP para las diferentes ordenes de servicio y contratos que dependan del area	Programado	NO APLICO EN ESTE PERIODO	
4-Elaborar cuadros comparativos según se requiera	Programado	NO APLICO EN ESTE PERIODO	
5- Ejecución del contrato con Grupo Éxito.	No programad	Se cumplio con todos los requerimientos de las diferentes areas	CERTIFICACION ENTREGA SEGÚN REQUERIMIENTOS
6-Disponibilidad de retiro y entrega de los elementos e insumos solicitados por las diferentes áreas o para los eventos del Hospital, esto del contrato con Éxito.	Programado	Se hizo retiro y entrega oportuna de todos los elementos e insumos requeridos,	SE CUMPLIO CON CON REQUERIMIENTOS DE PIC - GERENCIA-RECURSOS FISICOS-UEL- Y UNIDAD FONTIBON, PABLO VI , BOSA, TINTAL Y ADMINISTRATIVO Y DIFERENTE PROYECTOS
7-Selección y archivo de documentos.	Programado	Todo lo relacionado con archivo al dia	ORGANIZACIÓN AZ
8-Atención al cliente interno y externo en todos sus requerimientos.	Programado	Se realizo con calidad y oportunidad	ATENCION DE APROX 1600 REQUERIMIENTOS DE TRANSPORTE APARTE DE LO YA PROGRAMADO UNIDAD SUR Y FONTIBON-KENNDY-BOSA PABLOVI-TINTAL
9-Elaboración de oficios y manejo de correspondencia requerida por el jefe.	Programado	Se realizo con calidad y oportunidad	SE DIO RESPUESTA A LO REQUERIDO
10-Dar información precisa y oportuna de los procesos y actividades del área cuando lo solicite.	Programado	Se realizo con calidad y oportunidad	SE DIO RESPUESTA A LO SOLICITADO POR LAS DIFERENTES AREAS
11-Coordinar la programación de actividades de transporte,	Programado	Se realizo con calidad y oportunidad	PLANILLAS
12-Demás actividades asignadas por el jefe del área.	Programado	Se realizo con calidad y oportunidad	

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1,250,000,oo UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE

CONTRATISTA: NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MARIA EUGENIA MORENO LOZANO
No. Identificación: CC41689518
Dirección: CALLE 30A SUR 68D 44
Telefono: 4032069
Correo: MEML.1954@GMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8326377109

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARIA EUGENIA MORENO LOZANO
Tipo y número de identificación	CC41689518
Número de planilla	8326377109
Fecha pago	2018-03-26
Número de autorización pago	98584776
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	marzo de 2018
Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	134800
Total Intereses de Mora	2300

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	19500	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fiar	16000	1
EPS008	Compensar EPS	99300	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 41689518
APELLIDOS Y NOMBRES: MARIA EUGENIA MORENO LOZANO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008		781242	0	781242	781242	97700	0	0	0	19100	0

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