6036 - 6825

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	8380062771												

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 4 de 4			
NÚMERO DE CDP	793	30/04/2018		NÚMERO DE CRP	22218	FECHA	30/04/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	CONDUCTOR ADMINISTRATIVO									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	5	2018		31	5	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:	$5.000.000
VALOR EJECUTADO	$5.000.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.250.000
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
8327049937	$781.242,00	$97.655	$0	0	$18.500	**$116.155**

Dado en Bogotá a los 28 días del mes de mayo 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

28.05.18

Ad

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. SALUD
		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	5	2.018		31	5	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		PLANILLAS-CERTIFICACION-
3-Solicitar CDP para las diferentes ordenes de servicioy contratos que dependan del area	Programado	NO APLICO EN ESTE PERIODO	
4-El[illegible]r 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	

OBS[illegible]ACIONES:

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

CONTRATISTA: NOMBRE COMPLETO,CEDULA 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.

Señor(a): MARIA EUGENIA MORENO LOZANO
No. Identificación: CC 41689518
Dirección: CALLE 30A SUR 68D 44
Teléfono: 4032069 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8327049937

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	MARIA EUGENIA MORENO LOZA
Tipo y Número de Identificación	CC 41689518
Número Planilla	8327049937
Fecha de Pago	5/25/2018
Número de Autorización de Pago	45254775
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Mayo 2018
Periodo Cotización Pensión	Mayo 2018
Periodo Cotización Caja	Mayo 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$134.500
Total Interes Mora	$2.000

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$19.400	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	$16.000	1
EPS008	Compensar EPS	$99.100	1

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

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008		0	781.242	0	781.242	781.242	97.700	0	19.100	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

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