<7946.

| 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 6 de 6 | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1089 | | 30/06/2018 | NÚMERO DE CRP | 30182 | FECHA | 30/06/2018 | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | CONDUCTOR ADMINISTRATIVO | | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | | |
| | | 1 | 7 | 2018 | | 31 | 7 | 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: | $7.500.000 |
| VALOR EJECUTADO | $7.500.000 |
| **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8328344166 | $781.242,00 | $97.655 | $0 | 0 | $18.500 | **$116.155** |

Dado en Bogotá a los 24 días del mes de julio 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. 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 | 7 | 2.018 | | 31 | 7 | 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-Ela...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 | |

**OBSERVACIONES:**

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

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

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(es):** MARIA EUGENIA MORENO LOZANO
**Nit:** CC 41689518
**Dirección:** CALLE 30A SUR 68D 44
**Teléfono:** 4032069 **Fax:**
**Ciudad:** BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

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

compensar | miplanilla.com

| | |
|---|---|
| Nombre | MARIA EUGENIA MORENO |
| Tipo y número de identificación | 41689518 |
| Número de radicación planilla | 8328344166 |
| Fecha de pago | 7/24/2018 |
| Número de autorización de pago | 78357309 |
| Banco | 1023 |
| Valor Comisión | $0 |

| | |
|---|---|
| Número de empleados | 1 |
| Periodo cotización salud | Julio 2018 |
| Periodo cotización pensión | Julio 2018 |
| Periodo cotización caja | Julio 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 |

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| DATOS DEL AFILIADO | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | VALOR IBC | | | | | | LIQUIDACION DE APORTES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | TIPO | NUMERO | APELLIDOS Y NOMBRES | COD EPS | COD AFP | COD CAJA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | NUEVA EPS | NUEVA AFP | IBC SALUD | IBC PENSION | IBC CAJAS | IBC RIESGOS | SUELDO INTEGRAL | DIAS COTIZADOS | HORAS COTIZADAS | COTIZ PENSION | FONDO SOLIDAR PENSION | APORTE VOLUNT PENSION | COTIZ SALUD | UPC ADICIONAL |
| 1 | CC | 41689518 | MORENO LOZANO MARIA EUGENIA | EPS008 | | CCF24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 781.242 | 0 | 781.242 | 781.242 | 2 | | | 0 | 0 | 0 | 97.700 | 0 |

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