8835

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE TESORERIA	Versión	2
		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 7 de 7					
NÚMERO DE CDP	34294	31/07/2018		NÚMERO DE CRP	1230	FECHA	31/07/2018				
OBJETO DEL CONTRATO:	CONDUCTOR ADMINISTRATIVO										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	8	2018		31	8	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:	$8.750.000
VALOR EJECUTADO	$8.750.000
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
8329000490	$781.242,00	$97.655	$0	0	$18.500	**$116.155**

Dado en Bogotá a los 27 días del mes de agosto 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	8	2.018		31	8	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-E[illegible]ar 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	

OB[illegible]VACIONES:

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

NOMBRE COMPLETO,CEDULA 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	8329000490
Fecha de pago	8/28/2018
Número de autorización de pago	9100927
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Agosto 2018
Periodo cotización pensión	Agosto 2018
Periodo cotización caja	Agosto 2018
Número de administradoras	3
Total Pagado	$134.900
Total interes mora	$2.400

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$19.500	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	$16.000	1
EPS008	Compensar EPS	$99.400	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	AFP			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