

10198.

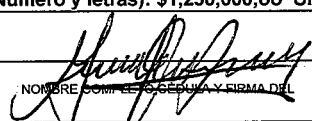
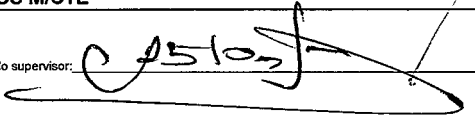
										Versión 3				
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA										Fecha de aprobación 15/02/2018				
										Código: 04-02-FO-0002				
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA														
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				MARIA EUGENIA MOREO LOZANO										
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	xx	C.E	NO.		41,689,518					
CORREO ELECTRONICO:				memi.1954@gmail.com				CELULAR:		312 325 29 71				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:							SUBRED SUROCCIDENTE							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				ADMINISTRATIVO				SEDE:						
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
		R01												
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA					TIPO DE CUENTA:		AHORROS					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				8380062771					PENSIONADO		SI			
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			9 DE 9					
NÚMERO DE CDP		1596	FECHA	30/09/2018	NÚMERO DE CRP		42297	FECHA	30/09/2018					
OBJETO DEL CONTRATO:			Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en la Dirección Administrativa dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, de acuerdo al requerimiento institucional											
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
					1	10	2018		31	10	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.250.000										
TIPO DE SERVICIOS		Administrativo			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:								\$11.250.000						
VALOR EJECUTADO								\$11.250.000						
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 <u>mínimo</u> 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						
8329661827	\$781.242	\$97.655		\$0		4	\$19.300	\$116.955						
Dado en Bogotá a los (30) días del mes de octubre 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							

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	1
		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	10	2.018		31	10	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	Se entregó consolidado de combustibles de todos los móviles de propiedad del hospital para su respectiva certificación						
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-Elaborar cuadros comparativos según se requiera	Programado	NO APLICO EN ESTE PERIODO						
5- Ejecución del contrato con Grupo Éxito.	No programado	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 ORGANIZACIÓN AZ		
7-Selección y archivo de documentos.	Programado	Todo lo relacionado con archivo al día				ATENCION DE APROX 1600 REQUERIMIENTOS DE TRANSPORTE APARTE DE LO YA PROGRAMADO UNIDAD SUR Y FONTIBON-KENNDY-BOSA PABLOVI-TINTAL		
8-Atención al cliente interno y externo en todos sus requerimientos.	Programado	Se realizo con calidad y oportunidad				SE DIO RESPUESTA A LO REQUERIDO		
9-Elaboración de oficios y manejo de correspondencia requerida por el jefe.	Programado	Se realizo con calidad y oportunidad				SE DIO RESPUESTA A LO SOLICITADO POR LAS DIFERENTES AREAS		
10-Dar información precisa y oportuna de los procesos y actividades del área cuando lo solicite.	Programado	Se realizo con calidad y oportunidad				PLANILLAS		
11-Coordinar la programación de actividades de transporte,	Programado	Se realizo con calidad y oportunidad						
12-Demás actividades asignadas por el jefe del área.	Programado	Se realizo con calidad y oportunidad						

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$1,250,000,00 UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE

 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(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	8329661827		
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:



Nombre:	MARIA EUGENIA MORENO LOZA
Tipo y Número de Identificación	CC 41689518 ✓
Número Planilla	8329661827 ✓
Fecha de Pago	10/18/2018 ✓
Número de Autorización de Pago	26919313
Banco	1023
Valor Comisión	\$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Septiembre 2018
Periodo Cotización Pensión	Septiembre 2018
Periodo Cotización Caja	Septiembre 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	\$134.100
Total intereses Mora	\$1.600

[illegible]

TIPO DOC.:		CC								
NO. DOCUMENTO:		41689518								
APELLIDOS Y NOMBRES		MORENO LOZANO MARIA EUGENIA								
COD EPS	COD APT	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008		0	781.242	0	781.242	781.242	97.700	0	19.100	0

[illegible]

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

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.

CONSIDERANDO:

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	16/01/1991 A 30/06/1995	1560
(CAJA DE PREVISION DEL DISTRITO)	01/07/1995 A 30/12/1995	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.