32632

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	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		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:	meml,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	%
	SU37R13											
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:	OPS3502 /19			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 DE 3			
NÚMERO DE CDP	155	FECHA	17/01/2019	NÚMERO DE CRP	15120	FECHA	31/01/2019			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asisitencial en la Direccion Administrativa dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, de acuerdo al requerimineto institucional									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	4	2019		30	4	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.324.025									
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:	$3.972.075
VALOR EJECUTADO	$3.972.075
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.324.025
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 $2,070,290, 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
8333783456	$828.116,00	$103.515	$0	4	$19.300	**$122.815**

Dado en Bogotá mes de Abril del año Dos Mil Diez y Nueve (2019). 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:3502 /2019		**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	4	2.019		30	4	2.019
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- Sistematización de los recibos de lubricantes y combustible del parque automotor de la Subred	Programado	S e entrego consolidado de combustibles de todos los moviles de propiedad de la Subred para su respectiva certificacion	Entrega oportuna para respectiva certificacion
2-Solicitar CDP para las diferentes ordenes de servicioy contratos que dependan del area	Programado	NO APLICO EN ESTE PERIODO	
3-E[illegible]ar cuadros comparativos según se requiera	Programado	NO APLICO EN ESTE PERIODO	
4-Selección y archivo de documentos.	Programado	Todo lo relacionado con archivo al dia	Gestio documental al dia
5-Atención al cliente interno y externo en todos sus requerimientos.	Programado	Se realizo con calidad y oportunidad	De acuerdo a solicitudes
6-Elaboración de oficios y manejo de correspondencia requerida por el jefe.	Programado	Se realizo con calidad y oportunidad	Oportuno
7-Dar información precisa y oportuna de los procesos y actividades del área cuando lo solicite.	Programado	Se realizo con calidad y oportunidad	Oportuno
8-Gestionar respuesta y hacer seguimiento a PQRS de vigilancia de las diferentes Unidades de Atencion	Programado	Se realizo con calidad y oportunidad	Según necesidad
9- Tramitar copias de recibos de los diferentes servicio publicos en el CADE	Programado	Se realizo con calidad y oportunidad	Según necesidad
10-Demás actividades asignadas por el jefe del área.	Programado	Se realizo con calidad y oportunidad	

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1,324,025,oo UN MILLON TRESCIENTOS VEINTICUATRO MIL VEINTICINCO 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.

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 8333783456

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	8333783456
Fecha de Pago	4/9/2019
Número de Autorización de Pago	55046041
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Marzo 2019
Periodo Cotización Pensión	Marzo 2019
Periodo Cotización Caja	Marzo 2019
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$141.000
Total interes Mora	$600

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	$20.300	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	$16.700	1
EPS008	Compensar EPS	$104.000	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	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008		0	828.116	0	828.116	828.116	103.600	0	20.200	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

SEGURO SOCIAL

Prosperidad para todos

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.

C O N S I D E R A N D O:

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