4/8/19

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 MORÉO 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			5 DE 5				
NÚMERO DE CDP	667	FECHA	21/05/2019	NÚMERO DE CRP	26171	FECHA	31/05/2019				
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	6	2019		30	6	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:	$6.620.125
VALOR EJECUTADO	$6.620.125
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
8335042948	$828.116,00	$103.515	$0	4	$19.300	**$122.815**

Dado en Bogotá mes de Junio 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	6	2.019		30	6	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	
Elaborar 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

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: 4/3/10/19

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 8335042948

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	8335042948
Fecha de Pago	6/17/2019
Número de Autorización de Pago	41173018
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Mayo 2019
Periodo Cotización Pensión	Mayo 2019
Periodo Cotización Caja	Mayo 2019
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$141.600
Total Interes Mora	$1.200

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	$20.400	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	$16.800	1
EPS008	Compensar EPS	$104.400	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	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