

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			MARIA EUGENIA MORENO LOZANO					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		41689518
CORREO ELECTRONICO:			morenolozano406@gmail.com			CELULAR:		3123252971
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			A USU ATENCION AL USUARIO USS PABLO VI BOSA			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	PA16002	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			8380062771				PENSIONADO	SI
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		847			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	147	FECHA	2025-01-20 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	15787	FECHA	2025-02-01 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		AUXILIAR ADMINISTRATIVO I (ATUS)						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2025-04-01			2025-04-30	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1,863,534				
TIPO DE SERVICIOS		Administrativo			RESERVA DE GLOSA 0%		N/A	
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:						\$7,454,136		
VALOR EJECUTADO						\$5,590,602		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$1,863,534		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$1,863,534		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						75%		
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 \$2.194,507 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES		
8385146695	\$908,526	\$113,566	\$145,364	3	\$22,132	\$281,062		
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
Rosa Viviana Cubillos Medrano 52879389 Supervisor								
Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.								
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Tipificar las pqr de entes externos: lectura de pqr identificar si el caso pertenece a la subred, identificar cuantas especialidades requiere, revisión de fecha de ordenes médicas y autorización si corresponde, buscar agenda, agendar o dejar en lista de espera, diligenciar el drive.	Se realizan llamadas de los usuarios registrados por los entes externos,drive	1600
Agendamiento: búsqueda en dinámica gerencial de las especialidades solicitadas, agendar y diligenciar el drive con fecha, hora, unidad, nombre del profesional y estado de la cita.	Se realizan llamadas de los usuarios registrados por los entes externos,drive	1600
Informar al usuario: de acuerdo a las citas agendadas diariamente, se realizará verificación de las citas en dinámica gerencial, luego se procede a realizar llamada informativa al usuario en donde se le indica el día, hora, fecha, y unidad de la cita, se confirma la asistencia.	Se realizan llamadas de los usuarios registrados por los entes externos,drive	1600
Recepcionar la lista de espera de la Subred Integrada de servicios de salud Sur Occidente E.S.E bajo los criterios de calidad establecidos por la entidad.	Se realizan llamadas de los usuarios registrados por los entes externos,drive	1600
Cumplir con las normas y procedimientos establecidos en los procesos por la Subred.	Cumplir con las normas y procedimientos establecidos en los procesos por la Subred.	Se cumplen con las normas
Generar respuesta de solicitudes de otros entes externos recepcionados por el correo enlace.	Se realizan llamadas de los usuarios registrados por los entes externos,drive	1600
Apoyar en la orientación al usuario en caso de la necesidad del servicio.	Se realizan llamadas de los usuarios registrados por los entes externos,drive	1500
Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad.	Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad.	1
Realizar la totalidad de los cursos asignados por la entidad.	Realizar la totalidad de los cursos asignados por la entidad.	1
Realizar el debido cargue de los soportes de la ejecución del contrato en la plataforma SECOP II.	Realizar el debido cargue de los soportes de la ejecución del contrato en la plataforma SECOP II.	Se realizan el cargue de los documentos
Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del Objeto del contrato.	Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del Objeto del contrato.	Se realizan todas las actividades

Rosa Viviana Cubillos Medrano
52879389
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MARIA EUGENIA MORENO LOZANO
No. Identificación: CC41689518
Dirección: TRANSVERSAL 68C NO 2346 SUR
Telefono: 4032069
Correo: MEML.1954@GMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8385146695

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARIA EUGENIA MORENO LOZANO	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC41689518	Periodo de Cotización Salud	marzo de 2025
Número de planilla	8385146695	Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2025
Fecha pago	2025-04-23	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	12434633	Total Pagado	244300
Banco	1023	Total Intereses de Mora	3100

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	35200	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	28900	1
EPS008	Compensar EPS	180200	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 41689518
APELLIDOS Y NOMBRES: MARIA EUGENIA MORENO LOZANO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008		1423500	0	1423500	1423500	178000	0	0	0	34700	28500

RADICADO 2020_001

GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS
DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS
CERTIFICACION PENSIÓN

Que revisada la nómina de Pensionados de la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, al señor(a) **MARIA EUGENIA MORENO LOZANO** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía** No. **41689518** y número de Afiliación **941689518100**, esta Administradora mediante resolución No. **248231** de **2015** le concedió pensión de **P DE VEJEZ-758-MUJER INCREM** registrando fecha de ingreso a nómina **Julio** de **2011**.

Estado: **ACTIVO**.

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá , el día 02 de diciembre de 2021.



DORIS PATARROYO PATARROYO
Director(a) de Nómina de Pensionados

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

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.



**ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES**

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	41689518
NOMBRES	MARIA EUGENIA
APELLIDOS	MORENO LOZANO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

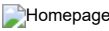
Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	19/02/1996	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	04/25/2025 12:13:04	Estación de origen:	192.168.70.220
----------------------------	------------------------	----------------------------	----------------

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES”.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,



Buscar...

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

[Escritorio](#) → [Menú](#) → [Administración de contratos](#) → **Ver contrato**

1 [Información general](#)

2 [Condiciones](#)

3 [Bienes y servicios](#)

4 [Documentos del Proveedor](#)

5 [Documentos del contrato](#)

6 [Información presupuestal](#)

7 **Ejecución del Contrato**

8 [Modificaciones del Contrato](#)

9 [Incumplimientos](#)

Datos guardados

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

Id de pago **Número de factura** **Fecha de emisión** **Fecha de recepción** **Valor total de la factura** **Estado**

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	MARIA EUGENIA MORENO LOZANO FEBRERO.pdf	MARIA EUGENIA MORENO LOZANO FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARIA EUGENIA MORENO LOZANO MARZO.pdf	MARIA EUGENIA MORENO LOZANO MARZO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MARIA EUGENIA MORENO LOZANO

C.C 41.689.518 DE BOGOTA

La suma de \$1863534, por concepto de: Prestación de Servicios como Auxiliar Administrativo I, en el área de participación y servicio al ciudadano, durante el periodo de 1 al 30 de Abril de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 847-2025



MARIA EUGENIA MORENO LOZANO

C.C.41.689.518 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 80062771