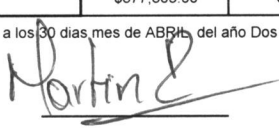
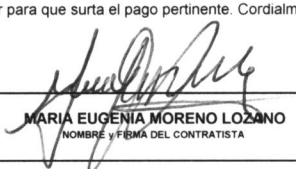
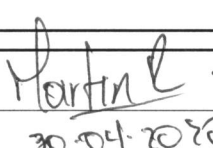


INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			MARIA EUGENIA MORENO LOZANO										
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	NO.			41,689,518				
CORREO ELECTRONICO:			mient.1954@gmail.com			CELULAR:			3123252971				
UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD						ARCHIVO CENTRAL MONTEVIDEO							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			GESTION DOCUMENTAL			SEDE:			Kennedy				
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de	%	Centro de	%	Centro de	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		FO60R35	100										
ENTIDAD FINANCIERA:			DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:			Ahorros				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			8380062771						PENSIONADO		No		
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:			3696-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 DE 3				
NÚMERO DE CDP		27	FECHA	8/01/2020	NÚMERO DE CRP		15764	FECHA	31/01/2020				
OBJETO DEL CONTRATO:			Presta apoyo como AUXILIAR ADMINISTRATIVO en el área de Gestion Documental y Archivo dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional.										
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
					1	4	2020		30	4	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1,374,338									
TIPO DE SERVICIOS		Administrativo		RESERVA DE GLOSA 2%				\$0					
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:								\$4,123,014					
VALOR EJECUTADO								\$4,123,014					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$1,374,338					
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 \$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							
41462347	\$877,803.00	\$109,800	\$0	3	\$21,400	\$131,200							
Dado en Bogotá a los 30 días, mes de ABRIL del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,													
 MARTIN ALFONSO RODRIGUEZ NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:						 MARIA EUGENIA MORENO LOZANO NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA							

 Sistema Integrado de Servicios de Salud Sur Occidente S.S.A.		INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión: 2 Fecha de aprobación: 3/04/2017 Código: 04-02-FO-0003	 ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Ubicación del Servicio:					
No. DE CONTRATO: 3696-2020		Periodo certificado desde el		Sede:	
				Día: 1 Mes: 4 Año: 2.020	a: 30 Mes: 4 Año: 2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA: MARIA EUGENIA MORENO LOZANO		C. C. 41.689.518		DE BOGOTÁ	
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR ADMINISTRATIVO de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente					
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI _X_ NO ____					
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS		PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Realizar las actividades correspondientes a la Central de historias clínicas y archivo institucional de acuerdo a la Normatividad vigente. 2. Garantizar la custodia de las Historias Clínicas y demás documentos del archivo central. 3. Realizar atención personalizada al usuario, brindando información general y teniendo en cuenta la política de sistema gestión de calidad recordando a los usuarios los derechos y deberes. 4. Responder por el patrimonio y los elementos dados bajo su responsabilidad e inventario, garantizando el uso adecuado de los mismos. 5. Apoyar la Gestión Documental Institucional, archivos de Gestión e implementación TRD en los Puntos de Atención, Sedes Administrativas y PIC. 6. Recepción y custodia de archivo de historias clínicas entregadas al archivo central. 7. Dar cumplimiento a los puntos de control establecidos en los procedimientos para administración de documentos. 8. Desarrollar y mantener acciones de autocontrol y mejoramiento sobre las actividades contractuales que garanticen la operación eficiente del área y fomentarlo para el cumplimiento de la misión de la entidad. 9. Diligenciar de manera clara, completa y oportuna los instrumentos que se le sean encomendados para el ejercicio de su actividad. 10. Conocer, promover y aplicar las políticas institucionales que garanticen objetivos corporativos el buen uso de recursos, la seguridad, el bienestar y la satisfacción del cliente interno y externo del hospital. 11. Recepción, verificación y organización de los documentos para la transferencia documental en el proceso de retroalimentación de inventarios en medio magnético. 12. Desarrollar las demás actividades afines al objeto Institucional requerido. 13. Realizar visitas de acompañamiento para la verificación de los procesos establecidos para el manejo de archivo institucional y de historia clínica. 14. Elaboración de cronograma anual de transferencia documental dando cumplimiento a la programación establecida de permanencia de los documentos en los archivos de gestión.		100%	Elaboración del FUID, conteo de folios, retiro de elementos metálicos de los expedientes,		Inventario documental de 1200 carpetas,
OBSERVACIONES:					
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 1.374.338 Un millón trescientos setenta y cuatro mil trescientos treinta y ocho pesos m/cte					
MARIA EUGENIA MORENO LOZANO C.C. 41.689.518 DE BOGOTÁ NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA			Firma de recibido supervisor:  30-04-2020		
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.					

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	
CC	416895:18	MARIA EUGENIA MORENO LOZANO		CALLE 30A SUR 68D 44	4032069	MEML.1954@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
2020-03	2020-03	I	14/04/2020	41462347	\$149.900

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			Cotización Obligatoria
Código EPS	Nombre	NIT	
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	109.800

UPC Adicional	Incapacidades		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
	No. Autorización	Valor					
0		0	0	700	0	110.500	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Colización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor									
14-11	ARL SURA	890903790-5	21.400				21.400	200	21.600			214	21.600	

TOTALES CAJAS

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
CCF24	Compensat Caja	860066942-7	17.600	8	200	17.800
						1

TOTALES PARAFISCALES

TOTALES PARAFISCALES					
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	
SENA					
0	0	0	0	0	0
ICBF					
0	0	0	0	0	0
ESAP					
MEN					

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IPR y Mora	Total a Pagar
Salud	1	109.800	110.500
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	21.400	21.600
CCF	1	17.600	17.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	148.800	149.900

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 (CAJA DE PREVISION DEL DISTRITO)	16/01/1991 A 30/06/1995	1560
	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, 3 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.