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 MORENO LOZANO						
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E		NO.		41,689,518				
CORREO ELECTRONICO:				menil.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			**4 DE 6**	
CDP	**573**	FECHA	**20/04/2020**	**NÚMERO DE CRP**		**24445**	**FECHA**		**30/04/2020**	
OBJETO DEL CONTRATO:	**Presta apoyo como AUXILIAR ADMINISTRATIVO en el area 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 requerrimiento institucional.**									
PERIODO CERTIFICADO:		**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO	
			1	5	2020		31	5	2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			**$1,374,338**							
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo		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:	$8,246,028
VALOR EJECUTADO	$5,497,352
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,374,338
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2,748,676
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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**
8342100431	$877,803.00	$109,800	$0	3	$21,400	**$131,200**

Dado en Bogotá a los 31 dias mes de MAYO 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

Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:			Sede:						
No. DE CONTRATO:	3696-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	5	2,020		31	5	2,020
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 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 Administrativos 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%	Elaboracion del FUID,conteo de folios , retiro de elementos metalicos de los expedientes,	Inventario documental de 1680 carpetas,

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.374.338 Un millon trescientos setenta y cuatro mil trescientos treinta y ocho pesos m/cte

MARIA EUGENIA MORENO LOZANO C.C. 41.689.518 DE BOGOTA

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Firma de recibido supervisor

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Señor(es): MARIA EUGENIA MORENO LOZANO
Nit: CC 41689518
Dirección: CALLE 30A SUR 68D 44
Teléfono: 4032069 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	MARIA EUGENIA MORENO
Tipo y número de identificación	41689518
Número de radicación planilla	8342100431
Fecha de pago	5/15/2020
Número de autorización de pago	43480345
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Abril 2020
Periodo cotización pensión	Abril 2020
Periodo cotización caja	Abril 2020
Número de administradoras	3
Total Pagado	$149.100
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	$21.500	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	$17.700	1
EPS008	Compensar EPS	$109.900	1

PAGADO
$149.100

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

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	MARIA EUGENIA MORENO LOZANO	**Nit:**	41689518
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Abril 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Abril 2020
Número de radicación:	8342100431	**Total a pagar:**	$149.100
Fecha de vencimiento:	31/05/2020	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	15/05/2020	**Número de administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago en Cajas
Banco:	1023	**Número de aprobación:**	43480345
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0.00	$21,500
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		$0.00	$17,700
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0.00	$109,900
						$149,100

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

»Ver planillas pagadas

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

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

https://www.miplanilla.com/
Todos los derechos reservados © 2020 Compensar - Cenet S.A

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle de la gente certicámara

Acerca de los certificados SSL

ISO / IEC 27001 icontec Certificado Nº SI 006-1

Powered by Cenet Edinet

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	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.