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:	[illegible]				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			80062771							PENSIONADO	SI		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**3696-2020**		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		**11 DE 11**		
CDP	**1725**	FECHA	**26/11/2020**	**NÚMERO DE CRP**	**54193**	**FECHA**	**30/11/2020**
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	12	2020		31	12	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:	$15,117,718
VALOR EJECUTADO	$15,117,718
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 **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**
46803706	$877,803.00	$109,800	$0	3	$21,400	**$131,200**

Dado en Bogotá a los 31 dias mes de DICIEMBRE 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

Subred Integrada de Servicios de Salud 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:	GESTION DOCUMENTAL					**Sede: ARCHIVO CENTRAL MONTEVIDEO**				
No. DE CONTRATO:	3696-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	12	2,020		31	12	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 6150 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,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Firma de recibido supervisor: Martin R.

31-12-2020.

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA No 12 DE 2020

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 $1.374.338.oo, por concepto de: Prestación de Servicios como Auxiliar Administrativo 1, en Gestión Documental, en la sede de Archivo Central, durante el periodo de 01 al 31 de Diciembre de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3696

MARIA EUGENIA MORENO LOZANO

C.C.41.689.518 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 80062771

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	41689518	MARIA EUGENIA MORENO LOZANO	CALLE 30A SUR 68D 44	4032069	MEML.1954@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-11	2020-11	I	14/12/2020	46803706	$148.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	1

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	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	0	0	21.400			214	21.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	17.600	0	0	17.600	1

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

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

PAGADA
46803706

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	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.