Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

LUIS MARTIN APONTE BUSTAMANTE

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	79.102.361

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.. CONVENIO 6677277-2024"APH"

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4749 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		28/08/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRAT	$ 2.682.566	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (01) MES Y TRES (03) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 5.156.008		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 2.163.360
N° DE INFORME:	3	**N° CRP:**	40584	**N° CDP:**	3008
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (02) MESES Y TRES (03) DIAS				

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	1	**PRORROGAS**	1	
VALOR ADICIONADO	$ 2.473.442	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3461	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43460	**TIEMPO PRORROGADO:**	TREINTA Y UN (31) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X	
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**FECHA DE APROBACIÓN:**			

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	Estuve presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes.
2	Preste los servicios como apoyo administrativo logístico (conductores) para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente.
3	Realice los desplazamientos derivados de valoraciones y/o traslados ordenados por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE
4	Mantuve la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentación y conservación óptimas para el traslado y/o valoración de pacientes
5	Cumpli con el procedimiento de atención prehospitalaria, registrando todo tipo de novedad o necesidades administrativas y/o asistenciales para garantizar la operatividad de la unidad móvil, verificar y salvaguardar cada uno de los equipos biomédicos asignados a las unidades móviles del Programa de Atención Prehospitalaria, además cumpli con el porte de los elementos de identificación institucional.
6	Porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carnet que lo acredita como colaborador de la Subred Centro Oriente E.S.E.

7	Cumpli lo contemplado en el manual de bioseguridad
8	Vele por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutiva en la atención Pre Hospitalaria
9	Reporté sucesos de seguridad
10	Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades
11	Trate dignamente y humanizadamente tanto al cliente interno como externo
12	Cumpli con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades
13	Respondí oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE
14	Aplique las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional
15	Asistí a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución
16	Reporte todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados" al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE
17	Respondí y asistí a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE
18	Registre adecuada y oportunamente al personal encargado los mantenimientos y posibles fallas que presento el vehiculo
19	Verifique pre operacional del vehículo, herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial
20	Asisti a las capacitaciones de seguridad vial de la Subred Centro Oriente
21	Realice las actividades requeridas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del convenio 6677277 2024 "APH" dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	4568651980	**OPERADOR:**	ACH SOI
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	NUEVA EPS	16/10/2024	$ 162.500
PENSIÓN:			
RIESGOS LABORALES:			
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 162.500

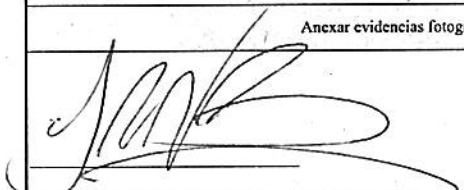
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente



NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LUIS MARTIN APONTE BUSTAMANTE
CC: 79102361
CEL: 3104495076

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-014** **VERSIÓN: 6**

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/10/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LUIS MARTIN APONTE BUSTAMANTE	**CC:**	79102361
		RUT (NIT):	79102361-1
CORREO ELECTRÓNICO:	luisaponte123@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3104495076
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 75 I 18 SUR	**CIUDAD:**	BOGOTÁ DC

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	(X)
SI tomaré costos y deducciones	( )

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**450770020607**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	**PS 4749 2024**	**Nº CDP:**	**3461**	**Nº. RP:**	**43460**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DOS (02) MESES Y TRES (03) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**28/08/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/10/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 5.156.008**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**2.163.360**
	DOS MILLONES CIENTO SESENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS					

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LUIS MARTIN APONTE BUSTAMANTE
CC: 79102361
CEL: 3104495076

240

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

NOMBRE DEL CONTRATISTA	**LUIS MARTIN APONTE BUSTAMANTE**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**79.102.361**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.. CONVENIO 6677277-2024"APH"

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4749 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**28/08/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.682.566				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 5.156.008		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$	2.163.360
N° PAGO / N° DE INFORME:	(3 de 3)	**N° CRP INICIAL:**	40584	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	3008
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (02) MESES Y TRES (03) DIAS				

N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	4568651980	**OPERADOR:**	ACH SOI
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCIÓN DE URGENCIAS - CONVENIO 6677277-2024 "APH"		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (1)	PRORROGA (1)
VALOR ADICIONADO	$ 2.473.442	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3461	**RP DE LA ADICIÓN:**	43460	**TIEMPO PRORROGADO:**	TREINTA Y UN (31) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X	
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**			

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago,** CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/10/2024) AL (31/10/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** **CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05** **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:** **MARITZA CARDENAS PALOMINO** **PERFIL: ENFERMERA**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79102361
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	LUIS MARTIN APONTE BUSTAMANTE
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL
DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 73 N 1-14 SUR
TELÉFONO:	5302295
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE
CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA
ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4568651980
TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre AÑO 2024
PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	1
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/10/16
NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9990373123

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD: NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD: VALOR	LICENCIA MATERNIDAD: NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD: VALOR	SALDO A FAVOR: PLANILLA	SALDO A FAVOR: VALOR	LIQUIDACIÓN: COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN: VALOR ADRES	MORA: COTIZACIÓN	MORA: VALOR ADRES	APORTES	MORA	TOTALES: DESCUENTO	TOTALES: VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 200	$ 0	$ 162.500	$ 200	$ 0	$ 162.700
SUBTOTALES:													$ 162.500	$ 200	$ 0	$ 162.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

#	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 79102361	APONTE BUSTAMANTE LUIS MARTIN	INDEPEND	NO OBLIG COT PENS EDAD,	$ 1.300.000				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN: ADMIN	PENSIÓN: DÍAS COT	PENSIÓN: IBC	PENSIÓN: COTIZACIÓN	FSP: SUBSISTENCIA	FSP: SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS: EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS: EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD: ADMIN	SALUD: DÍAS COT	SALUD: IBC	SALUD: COTIZACIÓN	SALUD: VALOR ADRES	SALUD: TOTAL APORTE	ARP: ADMIN	ARP: DÍAS COT	ARP: IBC	ARP: CENTRO DE TRABAJO	ARP: TOTAL APORTE
		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500			$ 0		$ 0

PARAFISCALES

DÍAS COT	IBC	CCF: ADMIN	CCF: TOTAL APORTE	SENA: TOTAL APORTE	ICBF: TOTAL APORTE	ESAP: TOTAL APORTE	MINEDU: TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 162.700**

ach SOI

Planilla Pagada

Colpensiones

NOTIFICACIÓN DE RESOLUCIÓN QUE RESUELVE UNA SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONOMICA

COLPENSIONES

VICEPRESIDENCIA SERVICIO AL CIUDADANO

Trámite de Notificación: 2016_7949928

PUNTO COLPENSIONES: OFICINA SECCIONAL A CUNDINAMARCA
SUBTRÁMITE(S) DE RENOCONOCIMIENTO: 2016_3382283
OTROS SUBTRÁMITES:

TIPO DOCUMENTO CAUSANTE: CC
NÚMERO DOCUMENTO CAUSANTE: 79102361
NOMBRE CAUSANTE: LUIS MARTIN APONTE BUSTAMANTE

En BOGOTÁ - BOGOTA D.C el 12 de julio de 2016

Se presentó LUIS APONTE BUSTAMANTE, identificado con CC 79102361 en calidad de Interesado. Con el fin de notificarse de la resolución N° GNR 94824 del 5 de abril de 2016, mediante la cual Se reliquida y ordena ingreso a nómina de pension de vejez

Enterado de su contenido, se informa que contra la presente SI X NO ___ proceden los recursos de reposición y subsidio de apelación, los cuales deben ser interpuestos dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 76 de la ley 1437 del 2011.
Para constancia de lo anterior, se suscribe por las personas que intervinieron en la diligencia.

En el evento que el reconocimiento de la prestación corresponda al cumplimiento de una orden judicial en la que hubiera condenado a la administradora del régimen de prima media al pago y/o reconocimiento de una prestación económica, declaro bajo juramento que SI ___ NO: X NO APLICA ___ he iniciado proceso ejecutivo para hacer efectivo el cumplimiento de dicha orden y/o que no he recibido pago alguno por este concepto so pena de incurrir en el delito de fraude procesal tipificado en el artículo 453 del código penal. Así mismo declaro bajo gravedad de juramento. So pena de incurrir en conducta tipificada en el artículo 442 del código penal Colombiano modificada por el artículo 8 de la ley 890 de 204 "falso testimonio". El que en actuación judicial o Administrativa, bajo la gravedad de juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de cuatro a ocho años, que NO he solicitado, ni devengo pensión alguna que provenga del erario público que contravenga con el artículo 128 de Constitución Política Colombiana. Igualmente no devengo pensión del sector público o privado de carácter compartida conforme al decreto 758 de 1990.

OBSERVACIONES ___

FIRMA:
NOMBRE NOTIFICADO:
LUIS APONTE BUSTAMANTE

CC 79102361

FIRMA:
NOMBRE NOTIFICADOR: Liliana María Giraldo Cardona
CC 52208343

Scanned by TapScanner

GNR 295645
25 AGO 2014

758 del mismo año, establecen que la pensión se reconoce reunidos los requisitos mínimos y será necesaria su desafiliación al régimen para que se pueda disfrutar de la misma; para su liquidación se tendrá en cuenta hasta la última semana efectivamente cotizada.

Que de conformidad con la Circular Interna 01 de 2012, suscrita por la Vicepresidencia Jurídica y Doctrinal y la Vicepresidencia de Prestaciones y Beneficios, las reglas de efectividad de la pensión son las siguientes:

Vinculación al sistema	Efectividad
Dependiente y/o Independiente / Régimen Subsidiado	Al cumplimiento de la edad como último requisito, previo retiro del sistema como dependiente y/o última cotización como independiente.
Dependiente	Al día siguiente de la fecha de retiro del Sistema General de Pensiones previo cumplimiento de la edad.
Independiente/ Régimen Subsidiado	Al día siguiente de la última cotización previo cumplimiento de la edad.
Dependiente	A fecha de inclusión en nómina cuando no hay retiro del sistema de pensiones
Dependiente con varios empleadores	A fecha de inclusión en nómina cuando los empleadores en un término no superior a cuatro (4) años contados desde el último de los requisitos o la última cotización, omitan reportar la novedad de retiro del sistema de pensiones.

Que a partir de lo anteriormente enunciado se procedió a realizar la liquidación de la prestación reconocida, la cual se resume de la siguiente manera:

IBL: 2,192,400 x 75.00 = $1,644,300

SON: UN MILLON SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE.

Para el análisis de la pensión reconocida, se tomó en cuenta que el (la) peticionario (a) cumple los requisitos para los siguientes tipos de pensión, siendo aplicada por favorabilidad el indicado en la columna "Aceptada Sistema":

Nombre	Fecha Status	VALOR IBL 1	VALOR IBL 2	Mejor IBL	% IBL	Valor Pensión Mensual	Acepta da
20 años y 55 años de edad - ley 33 - (Trab. Oficial) Deptal, Distr, Municip (No Cundinamarca) al 01	10 de diciembre de 2012	2,192,400.00	1,481,904.00	1	75.00	1,644,300.00	SI

Scanned by TapScanner

31

Colpensiones

PROSPERIDAD PARA TODOS

Caso de Notificación:

2014_

NOTIFICACIÓN DE RESOLUCIÓN QUE RESUELVE UNA SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

COLPENSIONES

VICEPRESIDENCIA DE BENEFICIOS Y PRESTACIONES

PUNTO COLPENSIONES CUNDINAMARCA

En Bogotá a los 05 días del mes de DICIEMBRE de 2014.

Se presentó Aponte Bustamante Luis identificado con la C.C. No. 79.102.361 en calidad de interesado X tercero autorizado, ___ apoderado ___, con tarjeta Profesional No. _____ del CS.J., con el fin de notificarse de la Resolución No. GNR 295645 De fecha 25 Agost 2014, mediante la cual Se Reconoce y Ordena el pago de una pensión Mensual vitalicia de vejez.

Enterado (a) de su contenido, se le informa que contra la presente proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales deben ser interpuestos dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 76 y s.s. de la Ley 1437 del 2011.

Para constancia de lo anterior, se suscribe por las personas que intervinieron en la diligencia.

En el evento que el reconocimiento de la prestación corresponda al cumplimiento de una orden judicial en la que se hubiera condenado a la administradora del régimen de prima media al pago y/o reconocimiento de una prestación económica, declaro bajo juramento que SI _____ NO X, he iniciado proceso ejecutivo para hacer efectivo el cumplimiento de dicha orden y/o que no he recibido pago alguno por este concepto so pena de incurrir en el delito de fraude procesal tipificado en el Artículo 453 del Código Penal.

Así mismo, declaro bajo la gravedad del juramento, so pena de incurrir en conducta tipificada en el Artículo 442 del Código Penal Colombiano modificada por el Artículo 8º de la Ley 890 de 2004 "Falso testimonio. El que en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años" que no he solicitado ni devengo pensión alguna que provenga del erario público que contravenga el Artículo 128 de la Constitución Política Colombiana; igualmente no devengo pensión del sector público o privado de carácter compartida conforme al Decretos 758 de 1990.

Se deja constancia de notificación Si X No___ Observaciones

(Espacio para la entidad)

EL NOTIFICADO
C.C. 79102361

EL NOTIFICADOR
C.C. 80116157

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Scanned by TapScanner

Colpensiones

GOBIERNO DE COLOMBIA

Bogota D.C. 03 de agosto de 2018

Radicado No 2018_7727899

APONTE BUSTAMANTE LUIS MARTIN
Cedula de Ciudadania 79102361
KR 73 1 14 SUR
Bogota D.C. - Bogota D.C.

Referencia:	Mesada adicional – Vejez Radicado 2018_8548344
Ciudadano:	APONTE BUSTAMANTE LUIS MARTIN
Identificación:	Cedula de Ciudadania 79102361
Tipo de Trámite:	Respuesta mesada adicional (mesada 14)

Reciba un cordial saludo dela Administradora Colombiana de Pensiones Colpensiones.

Con el fin de responder su solicitud de manera clara y objetiva e igualmente cumplir lo establecido en el Acto Legislativo 01 de 2005, donde el Congreso de la República adicionó el articulo 48 de la Constitución Politica, nos permitimos citar dos de sus incisos:

"Las personas cuyo derecho a la pensión se cause a partir de la vigencia del presente Acto Legislativo no podrán recibir más de trece (13) mesadas pensionales al año. Se entiende que la pensión se causa cuando se cumplen todos los requisitos para acceder a ella, aún cuando no se hubiese efectuado el reconocimiento".

"Parágrafo transitorio 6°. Se exceptúan de lo establecido por el inciso 8° del presente artículo, aquellas personas que perciban una pensión igual o inferior a tres (3) salarios mínimos legales mensuales vigentes, si la misma se causo antes del 31 de julio de 2011, quienes recibirán catorce (14) mesadas pensionales al año".

Con base en esto y una vez validado su caso, se pudo corroborar que usted disfruta de una prestación pensional reconocida a su favor desde el año 2012, por haber cumplido con los requisitos de edad y semanas cotizadas.

Por lo anteriormente expuesto y de acuerdo a lo establecido en el Acto Legislativo 01 de 2005, y en concordancia con el Concepto Jurídico 2018_4755380 del 26 de abril de 2018, expedido por Colpensiones, usted tiene derecho a trece (13) mesadas pensionales al año. Es decir, no le corresponde la adicional de junio.

Reiteramos nuestra disposición para brindarle la asesoría y la orientación necesaria. En caso de requerir documentos o información adicional, estaremos comunicándonos con usted.

Agradecemos su comprensión y apoyo para continuar realizando una gestión transparente y eficiente en beneficio del futuro de todos los colombianos.

Cordialmente,

DORIS PATARROYO PATARROYO
Directora Nómina de Pensionados

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA

Proyectó jdermcx

Scanned by TapScanner