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: 1** **FECHA: 2024-09-09**

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

MARTHA ESPERANZA CARDOZO CERQUERA

		CON C.C Nº	38.233.377		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3120-2024		**FECHA INICIO CONTRATO**	1/02/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 5.838.040**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS(2)MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 26.271.180**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 2.919.020,00**	
Nº DE INFORME:	9	**Nº CRP:**	17003	**Nº CDP:**	136
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA SEDE ADMINISTRATIVA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO-DIRECCION FINANCIERA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	7	**PRORROGAS**	7	
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.020	**CDP DE LA ADICIÓN:**	949	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22575	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.020	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1368	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26158	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.020	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1751	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30067	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.020	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2206	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33724	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.020	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2762	**CRP DE LA ADICIÓN:**	39233	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.020	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3068	**CRP DE LA ADICIÓN:**	40765	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.020	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3377	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43051	**TIEMPO PRORROGA**	UN (1) MES

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**FECHA DE APROBACIÓN:**	N/A

ITEM	**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)**
1	Se consulta acuerdos y resoluciones para la verificacion de las responsabilidades tanto distritales como nacionales para la contabilizacion de la retencion de impuestos solicitando copia del Rut actualizado para los casos en que se cambia las novedades.
2	Para la radicacion y entrega de los documentos facturas certificado de la supervision, aportes seguridad social y tarjeta profesional del contador y antecedentes, se procede con la verificacion de fachas y valores del periodo de causacion por parte del area de presupuesto y el de pagos
3	Contabilizacion de 199 facturas por servicios publicos servicio mantenimiento y arrendamientos y 21 caja menor teniendo en cuenta la provision y el concepto de centro de costos según el caso.
4	contabilizacion de NOTAS DEBITO Y CREDITO, por ajustes por reclasificacion por numeros de facturas base para la retencion de impuestos y fecha factura y el concepto de centro de costos según el caso, Entrega a la profesional del area para su respectiva revision aceptacion y firma y entrega definitiva al area de tesoreria una por una las respectivas facturas con sus soportes 21 notas debitos por informe CBI al area de suministros,
5	Revision 300 cuentas de cobro OPS
6	Registro Rut para terceros y proveedores para caja menor.
7	

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

N0. DE PLANILLA	9474895820	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**NUEVA EPS**	9/10/2024	**$ 162.500**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	9/10/2024	**$ 0**
RIESGOS LABORALES:	**SEGUROS BOLIVAR**	9/10/2024	**$ 31.700**
OTRO			
	TOTAL PAGADO		**$ 194.200**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1 - Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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)

Se adjuntan los soportes de las actividades adelantadas en el periodo. Documentos de Respuesta Agilsalud. Correo Electronico Institucional

FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC:38233377
CEL:3246847892

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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/10/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARTHA ESPERANZA CARDOZO CERQUERA	**CC:**	38233377
CORREO ELECTRÓNICO:	marthaecardozo@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3246847892
DIRECCIÓN DOMICILIO:		**CIUDAD:**	Bogotá, D.C.

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.

Régimen 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***	**TIPO DE CUENTA:**	***AHORROS***	**N° CUENTA:**	***8480242992***

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	**PS 3120 2024**	**N° CDP:**	**3377** ✓	**N°. RP:**	**43051** ✓	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGA: SIETE (7) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/02/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/10/2024 ✓		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 26.271.180**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024 ✓					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	DOS MILLONES NOVECIENTOS DIECINUEVE MIL VEINTE PESOS					
	$ 2.919.020 ✓					

Martha E Cardozo

MARTHA ESPERANZA CARDOZO CERQUERA
C.C 38233377
Cel: 3246847892

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: 1** **FECHA: 2024-09-09**

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

MARTHA ESPERANZA CARDOZO CERQUERA

CON C.C Nº 38.233.377

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3120 2024**			**FECHA INICIO CONTRATO**	1/02/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 26.271.180			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.919.020
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(9 de 9)	**Nº CRP INICIAL:**	17003	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	136
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE(9) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9474895820		**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION FINANCIERA-CUENTAS POR PAGAR				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA SEDE ADMINISTRATIVA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO -DIRECCION FINANCIERA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	**Nº 2**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				**ADICION (7)**	**PRORROGA (7)**
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.020	**CDP DE LA ADICIÓN:**	949	**RP DE LA ADICIÓN:**	22575	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.020	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1368	**RP DE LA ADICIÓN:**	26158	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.020	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1751	**RP DE LA ADICIÓN:**	30067	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.020	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2206	**RP DE LA ADICIÓN:**	33724	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.020	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2762	**RP DE LA ADICIÓN:**	39233	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.020	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3068	**RP DE LA ADICIÓN:**	40765	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.020	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3377	**RP DE LA ADICIÓN:**	43051	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	XX

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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:	**SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO** **DIRECTOR FINANCIERO**

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 38233377		CARDOZO CERQUERA MARTHA ESPERANZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 68C # 57H-17 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	970053712	9474895820	I	2024/10/18	2024/10/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$194,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$0**	**$0**			**$1,300,000**	**$162,500**			**$0**	**$0**			**$1,300,000**	**$31,700**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$0**	**$0**			**$1,300,000**	**$162,500**			**$0**	**$0**			**$1,300,000**	**$31,700**		**$0**	**$0**
1	CC 38233377	CARDOZO MARTHA		0	$0	$0	EPS037	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-7	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$0**	**$0**			**$1,300,000**	**$162,500**			**$0**	**$0**			**$1,300,000**	**$31,700**		**$0**	**$0**

SEGURO SOCIAL
Para Siempre

Resolución No. 126695 del 20101112

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de prestaciones económicas en el Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida del Sistema General de Pensiones

El JEFE DE DEPARTAMENTO DE ATENCION AL PENSIONADO de la Seccional CUNDINAMARCA del Seguro Social

En uso de sus facultades estatutarias y

C O N S I D E R A N D O :

Que el **22 de Septiembre de 2010**, se presentó a reclamar pensión de vejez el (la) señor(a) **MARTHA ESPERANZA CARDOZO CERQUERA**, identificado(a) con la **CEDULA DE CIUDADANIA** No. **38.233.377**, números de afiliación **938233377** de la Seccional CUNDINAMARCA, por considerar cumplidos los requisitos legales para acceder a ella, teniendo como último empleador a **CARDOZO CERQUERA MARTHA ESPERANZA**, NIT No. **38233377**

Que en efecto de resolver la solicitud presentada, se procede a estudiar los documentos obrantes en el expediente y las normas aplicables, encontrando:

Que el artículo 36 de la Ley 100 de 1993, establece el Régimen de Transición para las personas que a la fecha de entrada en vigencia de la Ley en mención acrediten 35 o más años de edad en el caso de las mujeres y 40 o más años de edad en el caso de los hombres, o más de 15 años de servicio, permitiendo aplicar la edad para pensionarse, el número de semanas o tiempo cotizado y el monto pensional del régimen anterior al que venía afiliados, el cual para el caso en cuestión se trata del artículo 12 del Acuerdo 049 de 1990, aprobado por el Decreto 758 del mismo año, que exige para acceder a la pensión de vejez acreditar 55 o más años de edad en el caso de las mujeres o 60 o más años de edad en el caso de los hombres y un mínimo de 500 semanas cotizadas al Seguro Social en los 20 años anteriores al cumplimiento de la edad o un total de 1000 semanas cotizadas en cualquier tiempo.

Que según los documentos obrantes en el expediente, el (la) asegurado(a) nació el **29 de Julio de 1955**, concluyendo que acredita la edad necesaria para acceder a la prestación solicitada.

Que revisados los reportes de semanas cotizadas por el (la) asegurado(a) a través de los Sistemas de Facturación y Autoliquidación de Aportes, expedidos por las Gerencias Nacionales de Historia Laboral y Nómina de Pensionados de la Vicepresidencia de Pensiones y de Recaudo y Cartera de la Vicepresidencia Financiera del Instituto de Seguros Sociales, luego de efectuar la imputación de pagos prevista en el artículo 29 del Decreto 1818 de 1996, modificado por los artículos 53 del Decreto 1406 de 1999 y 9 del Decreto 510 de 2003, se establece que el (la) asegurado(a) cotizó a este Instituto en forma interrumpida un total de **1298** semanas, desde su ingreso el **16 de Enero de 1975** hasta el **30 de Julio de 2010**, de las cuales **751** semanas se cotizaron en los últimos 20 años anteriores al cumplimiento de la edad.

Que es importante resaltar respecto del conteo de tiempos, que los aportes efectuados después del 01 de marzo de 2003, no pueden ser tenidos en cuenta para el conteo de semanas, puesto que no se registra pago por el mismo lapso para el Sistema Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo señalado por el Decreto 510 de 2003 que exige que los aportes al Sistema General de Pensiones se realicen de manera concomitante y sobre el mismo Ingreso Base de Cotización para el Sistema de Salud.

Que el Ingreso Base de Liquidación, según lo dispuesto por la Dirección Jurídica Nacional y la Vicepresidencia de Pensiones del Seguro Social, mediante Circular Nº 588 del 26 de febrero de 2004, para las personas que les faltare más de 10 años, será calculado de conformidad con lo establecido en el artículo 21 de la Ley 100 de 1993, es decir, el promedio de lo devengado durante los últimos 10 años o el de toda la vida si tuviere 1250 semanas o más cotizadas, actualizado anualmente con base en la variación del Índice de Precios al Consumidor, según certificación que expida el DANE.

Que de conformidad con lo anteriormente expuesto, se procederá a conceder pensión de vejez al (la) señor(a)

'Que en consecuencia,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Conceder pension de vejez al (la) señor(a) **MARTHA ESPERANZA CARDOZO CERQUERA**, identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** Nº **38.233.377**, en los siguientes términos y cuantías:

$ **610.330** Fecha **01 de Noviembre de 2010**

La liquidación se realizó con **1298** semanas, sobre un Ingreso Base de Liquidación de **$678.145** al cual se le aplicó el **90%**,

PARAGRAFO: El valor de la mesada pensional a favor del (la)asegurado(a) será incluido en la nómina del mes **Noviembre de 2010**, que será pagada en el siguiente mes, a través de **CENTRO DE PAGO CENTRO-BANCO DE BOGOTA C. S.**. Cra 8 #13-86

ARTICULO SEGUNDO: El descuento de salud equivalente al 12% del valor de la pensión se realizarán a partir del ingreso a nómina, de conformidad con lo establecido en la Ley 1250 de 2008, por medio de la cual se adiciona el artículo 204 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 10 de la Ley 1122 de 2007.

ARTICULO TERCERO: Notificar el contenido de la presente resolución al (la) señor(a) **MARTHA ESPERANZA CARDOZO CERQUERA**, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 44 y siguientes del Código Contencioso Administrativo, haciéndole saber que contra la misma proceden los recursos de reposición, ante el mismo funcionario que la expide, y subsidiario de apelación, ante su superior, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la notificación.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

SEGURO SOCIAL
Para Siempre
DEPARTAMENTO
ATENCION
AL PENSIONADO
JEFATURA

Dada en **Bogota D.C.** EL 20101112

AURA MARIA ACOSTA

JEFE DE DEPARTAMENTO DE ATENCION AL PENSIONADO

SEGURO SOCIAL
Para Siempre

CAP SUR-TUNAL

23 DIC. 2010

En Bogotá a los ____ días del mes de ____ ( ) del 2010

Se presento el señor (a) Cardozo Celguera Martha Esperanza

identificado con CC X O CE No 38 233 377 en calidad de interesado X apoderado ____

(Segun poder adjunto autenticado en la notaria No ____ del circulo de ____)

Con el fin de notificarse de la Resolución No 126695 de fecha ____

mediante la cual ____

Enterado (a) del contenido de la Resolución, se le informa que contra la anterior proceden los Recursos de Reposicion y en Subsidio de Apelación, los cuales deben ser interpuestos dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la notificación en cumplimiento a lo dispuesto en el articulo 44 y s.s. del C.C.A.

Renuncio a los términos legales para interponer los recursos: SI ____ NO ____

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

Y Martha E Cardozo
NOTIFICADO
CC 38 233 377 de Bogotá

HUELLA

NOTIFICADOR
CC 52206348

HUELLA

SEGURO SOCIAL

VICEPRESIDENCIADE PENSIONES

CAP SUR TUNAL

EN BOGOTA A LOS ____, ME PERMITO CERTIFICAR LA FIRMEZA DEL PRESENTE ACTO ADMINISTRATIVO A PARTIR DEL DIA ____, EL CUAL QUEDA DEBIDAMENTE EJECUTORIADO, SIENDO NOTIFICADO PERSONALMENTE EL ____

RESPONSABLE CAP: ____

NOTIFICADOR