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

GLORIA JULIETA OSORIO PATIÑO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**30.291.155**		
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3837 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**15/03/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 5.083.701**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**UN (01) MES Y SIETE (07) DIAS**		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 35.829.190**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 3.675.960**
N° DE INFORME:	**9 NUEVE**	**N° CRP:**	**20822**	**N° CDP:**	**600**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**9 NUEVE MESES Y 17 DIECISIETE DIAS**				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**4SM CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**NATHALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	**6**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**6**	**PRORROGAS**	**5**	
VALOR ADICIONADO	**$ 3.572.331**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1269**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**24809**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**(1) UN MES**
VALOR ADICIONADO	**$ 4.921.323**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1614**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**28463**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**(1) UN MES Y (10) DIEZ DIAS**
VALOR ADICIONADO	**$ 3.597.312**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2202**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**33589**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**(1) UN MES**
VALOR ADICIONADO	**$ 11.803.680**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2614**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**37420**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**(3) TRES MESES**
VALOR ADICIONADO	**$ 961.020**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2786**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**39618**	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$ 5.889.823**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**3756**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**46501**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**(2) DOS MESES**
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 (SI APLICA)

N° 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 especificas realizadas durante el mes)**
1	Se recibio y entrego turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad, 180 Horas para el mes de NOVIEMBRE 2024
2	Se realiza el plan de cuidado diario de enfermeria de acuerdo al diagnóstico y necesidades Identificadas.
3	Se Realizan las devoluciones de V al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por paciente antes del egreso y diariamente cuando así lo amerite.
4	Se administraron los medicamentos oportunamente y verificar el cuidado directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guias establecidas del servicio utilizando técnicas de asepsia y antisepsia y normas de bioseguridad, e informar al médico tratante y coordinadores la no existencia de medicamentos para realizar reajuste de tratamiento.
5	Se Apoyo la supervisión de las actividades del personal auxiliar de enfermeria y camilleros, observando que se realicen los procedimientos y revisando registros de enfermeria.
6	Se Realizo la actualización del kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas en forma escrita y cada vez que se requiera el cambio del tratamiento del paciente.
7	Se Controlaron los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.
8	Se Realizan las devoluciones de V al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por paciente antes del egreso y diariamente cuando así lo amerite.
9	Participe en forma activa en la revista médica diaria dando sus aportes según sea el caso.
10	Se Realiza la asignación de paciente a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y de acuerdo a las necesidades del servicio.
11	Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio.
12	Se Realiza la asignación oportuna de camas y registro oportuno en el aplicativo Dinámica Gerencial, para los pacientes que los requieran, realizando los traslados necesarios para tal fin de forma oportuna, colaborando con el giro de cama.
13	Tramitar de forma oportuna exámenes de laboratorio, radiologia, exámenes especiales y remisiones que requieran los pacientes a cargo.
14	Se da cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y al manual de manejo de historia clinica de la Subred.

15	Doy cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la institución en cuanto a el uso del uniforme y elementos de protección dentro de las áreas asignadas.
16	Se Realiza cumplimiento según protocolo carro paro, secuencia y verificación candados de seguridad, registros oportunos según formatos establecidos teniendo en cuenta el registro de temperatura y descarga. Desfibrilador en el servicio asignado.
17	Se Porto el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales.
19	Se hace verificacion y supervisión de protocolo limpieza y desinfección con el personal a cargo y su respectivo registro.
20	Se cumplen las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio, acorde a las guias y protocolos institucionales en el proceso de atención de enfermería.
21	Se ejecutan los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clínica de heridas.
22	Se Supervisan las actividades del personal auxiliar de enfermería mediante supervisión directa e indirecta, observando realización de procedimientos y revisando registros de enfermería.
23	Se realizar la programación de las actividades del servicio tanto para la atención de los pacientes hospitalizados como de las agendas en pacientes ambulatorios.
24	Apoyo continuamente las actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E
25	cuando se requiere se Coordinar el apoyo técnico multidisciplinario con otras áreas y/o servicios cuando la atención del paciente de consulta externa y hospitalización así lo amerite.
26	Participo en la elaboración de protocolos, manuales y guías del servicio cuando se necesita.
28	Se apoya de en gestión y operación de: BAI, SIVIGILA, IAAS, EEVV, Patologías y Eventos de Alto Costo, seguimiento y monitoreo de Cohortes según grupos de riesgo priorizados en el marco del MAITE.
29	cuando se Requiera se realiza el diligenciamiento de los RIPS, de conformidad a la normatividad vigente y requerimientos institucionales.
30	se Realiza la búsqueda activa de usuarios en el servicio de Hospitalización y Ambulatorio con criterio de ingreso al programa que lidera.
31	Se Realiza los registros en DHG historia clínica de Enfermería.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9477281278	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	OTRO	14/11/2024	$ 183.800
PENSIÓN:	OTRO	14/11/2024	
RIESGOS LABORALES:	SURA	14/11/2024	$ 35.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 219.700

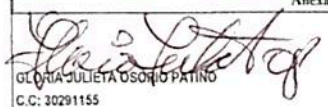
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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)

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



GLORIA JULIETA OSORIO PATIÑO
C.C: 30291155
CEL: 3114943611

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

GLORIA JULIETA OSORIO PATIÑO

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 30.291.155

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E S E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3837 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**15/03/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 29.939.367		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ **3.675.960**
N° PAGO / N° DE INFORME:	9 NUEVE	**N° CRP INICIAL:**	20822	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	600
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	9 NUEVE MESES Y 17 DIECISIETE DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9477281278		**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	ENFERMERIA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4SM CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° 6	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION 6	PRORROGA 5
VALOR ADICIONADO	$ 3.572.331	**CDP DE LA**	1269	**RP DE LA**	24809	**TIEMPO**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.921.323	**CDP DE LA**	1614	**RP DE LA**	28463	**TIEMPO**	(1) UN MES Y (10)
VALOR ADICIONADO	$ 3.597.312	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2202	**RP DE LA ADICIÓN:**	33589	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 11.803.680	**CDP DE LA**	2614	**RP DE LA**	37420	**TIEMPO**	(3) TRES MESES
VALOR ADICIONADO	$ 961.020	**CDP DE LA**	2786	**RP DE LA**	39618	**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO	$ 5.889.823	**CDP DE LA**	3756	**RP DE LA**	46501	**TIEMPO**	(2) dos meses
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	
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)

N° 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 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 **(01/11/2024) AL (30/11/2024)**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NATHALY DUQUE SALAZAR** **Enfermero Codigo 243 Grado 20 - Referente Enfermeria** **MARCELA TRIVIÑO CORTES** **Enlace Operativo - Direccion Hospitalarios - Enfermeria**

Lorena Parra
1.015.409.603
Enfermería - FUS

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** **FECHA: 2024-09-16**

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/11/2024)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	**GLORIA JULIETA OSORIO PATIÑO**	**CC:**	30291155
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	YULIET_EP@HOTMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3114943611
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 22A 12A 28	**CIUDAD:**	BOGOTA

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 titulo del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del articulo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los articulos 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**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**550451800107455**

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

N° DEL CONTRATO:	PS 3837 2024	**N° CDP:**	**3756**	**N°. RP:**	**46501**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 9 NUEVE MESES Y 17 DIECISIETE DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**15/03/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 29939367**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**3.675.960**
	Tres millones cinco mil cien m/cte					

GLORIA JULIETA OSORIO PATIÑO
30291155
3114943611

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 30291155		OSORIO PATIÑO GLORIA JULIETA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 12a#12 a- 28	MOSQUERA-CUNDINAMARCA	4748826	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1048901693	9477281278	I	2024/11/15	2024/11/14	BANCO DAVIVIENDA	0	$219,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vlp	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$0	$0			$1,470,000	$183,800			$0	$0			$1,470,000		$35,900		$0	$0		$219,700
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$0	$0			$1,470,000	$183,800			$0	$0			$1,470,000		$35,900		$0	$0		$219,700
Ciudad: MOSQUERA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)																						$0	$0			$1,470,000	$183,800			$0	$0			$1,470,000		$35,900		$0	$0		$219,700
1	CC	30291155	OSORIO GLORIA								X									0		$0	$0	MIN001	30	$1,470,000	$183,800		0	$0	$0	14-11	30	$1,470,000	2.436%	$35,900	0	$0	$0	No	$219,700
Total	**Afiliados(1)**																					$0	$0			$1,470,000	$183,800			$0	$0			$1,470,000		$35,900		$0	$0		$219,700

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 30291155		OSORIO PATIÑO GLORIA JULIETA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 12a#12 a- 28	MOSQUERA-CUNDINAMARCA	4748826	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1048901693	9477281278	I	2024/11/15	2024/11/14	BANCO DAVIVIENDA	0	$219,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,900	$0	$0	$35,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$35,900	$0	$0	$35,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$183,800	$0	$0	$183,800
FOSYGA	MIN001	901,037,916	1	1	$183,800	$0	$0	$183,800
TOTAL				**1**	**$219,700**	**$0**	**$0**	**$219,700**

Resolución No. 19846 de 27/11/2012

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
CAJA DE SUELDOS DE RETIRO DE LA POLICIA NACIONAL

Por la cual se reconoce sustitución de asignación mensual de retiro, con fundamento en el expediente a nombre del extinto Agente (r) PARRA CRUZ HUMBERTO, identificado con cédula de ciudadanía No.164.529

EL DIRECTOR GENERAL DE LA CAJA DE SUELDOS DE RETIRO DE LA POLICIA NACIONAL

En ejercicio de las facultades legales, en especial las conferidas por el Acuerdo 008 de 2001, Estatuto Interno y,

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

Que esta Entidad reconoció asignación mensual de retiro, a partir del 31-03-1974, en cuantía equivalente al 82% del sueldo básico y partidas legalmente computables para el grado, al señor Agente (r) PARRA CRUZ HUMBERTO

Que según documento obrante dentro del expediente administrativo, el mencionado señor falleció el 26-08-2012.

Que el causante figuraba casado según hoja de servicios No.173 del 06-03-1974, con la señora **MARIA OLIVA NOVOA LOPEZ** el 31-10-1957.

Que mediante sentencia proferida el 25 de Agosto de 1992 por el Juzgado 16 de Familia, se efectuó la cesación de efectos civiles de matrimonio católico entre el causante y la señora MARIA OLIVA NOVOA LOPEZ.

Que con escrito radicado en esta Entidad, bajo el No.090072 del **07-09-2012**, la señora **GLORIA JULIETA OSORIO PATIÑO**, solicita el reconocimiento de sustitución de asignación mensual de retiro a la cual cree tener derecho en calidad de compañera permanente, aportando los documentos legales pertinentes.

Que se publicó el edicto que preceptúan el Decreto 981 de 1946 y la Ley 44 de 1980.

Que de acuerdo con lo establecido en el Decreto 4433 de 2004, es procedente reconocer sustitución de asignación mensual de retiro a partir del 26-08-2012, a la señora **GLORIA JULIETA OSORIO PATIÑO**, en calidad de compañera permanente, por haber acreditado convivencia con el causante, en cuantía equivalente al total de la prestación que devengaba el extinto Agente (r) **PARRA CRUZ HUMBERTO**; y ordenar el pago por nómina, a partir del 01-11-2012 (según memorando No. 5842 del 24-10-2012).

Que la Subdirección Financiera pagará los valores que se encuentren constituidos en Acreedores Varios, previa las deducciones de Ley, a las personas que cumplan con los requisitos legales para acceder a ellos.

Que se debe deducir de la prestación reconocida, en la misma proporción establecida, la suma de VEINTE MIL PESOS ($20.000,00) M/CTE), por concepto de gastos de publicación del edicto.

Que esta Caja se reserva el derecho a descontar los valores que el causante le haya quedado adeudando de acuerdo con lo establecido en la resolución No. 2094 de 1989.

R E S U E L V E:

ARTICULO PRIMERO. Reconocer sustitución de asignación mensual de retiro, a partir del 26-08-2012, a la señora **GLORIA JULIETA OSORIO PATIÑO,** identificada con cédula de ciudadanía No.30.291.155, en calidad de compañera permanente, en cuantía equivalente al total de la prestación que devengaba el extinto Agente **(r) PARRA CRUZ HUMBERTO**; y ordenar el pago por nómina, a partir del **01-11-2012 (según memorando No. 5842 del 24-10-2012).**

ARTICULO SEGUNDO. Pagar por intermedio de la Subdirección Financiera, los valores que se encuentren constituidos en Acreedores Varios, previa las deducciones de Ley, a las personas que cumplan con los requisitos legales para acceder a ellos.

ARTÍCULO TERCERO. Deducir de la prestación reconocida, en la misma proporción establecida, la suma de VEINTE MIL PESOS ($20.000,00) M/CTE), por concepto de gastos de publicación del edicto.

ARTICULO CUARTO. Descontar los valores que el causante le haya quedado adeudando a la Entidad.

ARTICULO QUINTO. Suspender el pago de la prestación excluir de nómina y/o extinguir la misma, en el evento que se presenten a reclamar otros beneficiarios con mejor o igual derecho, por controversia en la reclamación, conforme al artículo 146 del Decreto 1213 de 1990 y si hay lugar se redistribuye la misma.

ARTICULO SEXTO. Extinguir la prestación en el evento de incurrir la beneficiaria en alguna de la causal de Ley.

ARTICULO SEPTIMO. Descontar el 5% mensual de la prestación y las diferencias por aumentos en el primer mes que éstos ocurran, de conformidad con las normas legales vigentes.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
CAJA DE SUELDOS DE RETIRO DE LA POLICIA NACIONAL

No.7718 / GNT - SDP

BOGOTA, D.C.04 DE DICIEMBRE DE 2012

SEÑOR (A)
GLORIA JULIETA OSORIO PATIÑO
CALLE 39ª, NRO. 79 G-34 SUR
BARRIO KENNEDY
BOGOTA,D.C.

ASUNTO. COMUNICACIÓN PROVIDENCIA

COMEDIDAMENTE, ME PERMITO INFORMARLE QUE LA CAJA DE SUELDOS DE RETIRO DE LA POLICIA NACIONAL, HA DICTADO LA RESOLUCIÓN No.19846 DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 2012, POR LA CUAL SE RECONOCE SUSTITUCION DE ASIGNACIÓN MENSUAL DE RETIRO, DENTRO DEL EXPEDIENTE ADMINISTRATIVO A NOMBRE DEL SEÑOR AG (R) PARRA CRUZ HUMBERTO.

DE ACUERDO CON LO DISPUESTO EN LA LEY 1437 DE 2011, CODIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SE SOLICITA SU PRESENCIA SI CUENTA CON FACILIDADES PARA DESPLAZARSE A LA SUBDIRECCION DE PRESTACIONES SOCIALES-GRUPO NOTIFICACIONES DE LA ENTIDAD, SITUADA EN LA CARRERA 7ª No.12B-58 PRIMER PISO, DENTRO DE LOS CINCO (5) DIAS HABILES SIGUIENTES A LA RECEPCIÓN DE LA PRESENTE COMUNICACIÓN CON EL FIN DE EFECTUAR LA NOTIFICACION PERSONAL DE LA PROVIDENCIA.

EN CASO DE NO PODER PRESENTARSE EN EL TIEMPO SEÑALADO, LA NOTIFICACIÓN SE SURTIRÁ MEDIANTE EDICTO, SEGÚN LO DISPUESTO EN EL CODIGO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, PARA LO CUAL NO SE REQUIERE SU PRESENCIA.

DE OTRA PARTE PARA EFECTOS DE CONSIGNACION DE LOS RESPECTIVOS VALORES, SE DEBE TRAMITAR SOLICITUD, ANTE EL DIRECTOR DE ESTA ENTIDAD, INDICANDO EL NÚMERO DE CUENTA BANCARIA Y ANEXANDO CERTIFICACION DE LA MISMA, NO MAYOR A 30 DIAS DE EXPEDICION.

ATENTAMENTE,

LEONOR HERRERA ECHEVERRIA
COORDINADORA GRUPO NOTIFICACIONES

ANEXO : copia resolución
Elaboró NASLY RUBIANO
Revisó TA. LEONOR HERRERA ECHEVERRIA
Coordinadora Grupo notificaciones

NOTA. MAYOR INFORMACION RESPECTO DE LA NOTIFICACIÓN, FAVOR LLAMAR A LOS TELEFONOS 2435627, 2360911 EXTENSIONES 244-245-302- 303 Y 304, ATENCION AL PUBLICO DE LUNES A VIERNES DE LAS 07:30 A LAS 16:30 HORAS.

CASUR, CADA DÍA MÁS CERCA DE SUS AFILIADOS
CARRERA 7 No. 12B-58, CONMUTADOR 286 0911
notificaciones@casur.gov.co o
www.casur.gov.co

GSED