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

AURA MARIA CABRERA GARCIA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	41.569.545				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PEDIATRA 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 1802 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**2/01/2025**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**	**81.249.520**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	TRES (03) MESES (29) VEINTINUEVE DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	**81.249.520**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$**	**17.727.168**
Nº DE INFORME:	2	**Nº CRP:**	6410	**Nº CDP:**	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (03) MESES (29) VEINTINUEVE DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2LV HOSPITAL LA VICTORIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA-MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**0**	**PRORROGAS**	**0**	
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 (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	Realizo las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica procurarán el mejoramiento de la salud del paciente.
2	Brindo una atención en salud con oportunidad, integridad, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación.
3	Realizo las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las Unidades en donde se presta el servicio y sea requerido.
4	Informo al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, generando un alto grado de satisfacción sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atención.
5	Diligencio los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
6	Respeto los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención.
7	Realizo el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.
8	Emito conceptos médicos que se requieran, de conformidad a su especialidad, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados.
9	Diligencio en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma.
10	Garantizo la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.
11	Utilizo de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos.
12	Reporto al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales.
13	Respondo por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo su custodia.
14	Apoyo la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio.
15	Presto el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EAPB.

16	Notifico los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención al paciente y apoyar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
17	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
19	Apoyo las actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud.
20	Educo a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.
21	sisto a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado.
22	Informo oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones
23	acilito las labores de supervisión, evaluación y control que la SUBRED realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros.
24	Cumplo oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.
25	Acredito inscripción en el RETHUS, MIPRES y RUAF
26	Presto el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	83297374	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSALUD	10/01/2025	$ 969.800
PENSIÓN:	PENSIONADA	10/01/2025	$ -
RIESGOS LABORALES:	SURA	10/01/2025	$ 189.000
OTRO			
	TOTAL PAGADO		$ 1.158.800

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 período correspondiente

AURA MARIA CABRERA GARCIA
C.C: 41569545
CEL: 3153364424

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: (28/02/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	AURA MARIA CABRERA GARCIA	**CC:**	41569545
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	AURACABRERA97@HOTMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3153364424
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 13 136 51 AP 305	**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 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:					
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**0570009970291911**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 1802 2025**	**Nº CDP:**	**1**	**Nº. RP:**	**6410**	**TRES (03) MESES (29) VEINTINUEVE DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/04/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 81249520**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/02/2025 AL 28/02/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ **17.727.168**					
	DIECISIETE MILLONES SETECIENTOS VEINTISISTE MIL CIENTO SESENTA Y OCHO PESOS M/CTE					

AURA MARIA CABRERA GARCIA
41569545
3153364424

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

AURA MARIA CABRERA GARCIA

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 41.569.545

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PEDIATRA 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 1802 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**2/01/2025**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 81.249.520**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 17.727.168**
N° PAGO / N° DE INFORME:	**2 DE 2**	**N° CRP INICIAL:**	6410	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	**TRES (03) MESES (29) VEINTINUEVE DIAS**				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	83297374		**OPERADOR:**	MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION HOSPITALIZACION				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2LV HOSPITAL LA VICTORIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA-MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° 0	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION 0	PRORROGA 0
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:**	
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)

N° DE PÓLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**	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 (01/02/2025) **AL (28/02/2025)**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA** **CARGO:MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32** **YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ** **CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**

46C

AURA MARIA CABRERA GARCIA

NIT: 41569545-4
Régimen: No responsable de IVA
Tipo de persona: Natural
CR 13 136 51 AP 305, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 6014444444

Autorización facturación electrónica No. 18764084528106 válida desde 2024-12-02 hasta 2025-06-02 rango desde FE72 hasta FE200

DATOS DEL CLIENTE	
	900959051
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
	DG 34 4 37, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
	3444484
	radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.c

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
	FE74
	05/02/2025 06:41:30-05:00
	28/02/2025
	COP Colombia, Pesos
	Crédito
	Transferencia Débito Bancaria
	28/02/2025
	1

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos NOM.	Impuestos % o VAL	Impuestos MONTO	Dcto.	Total
1	85100000 -0	PEDIATRIA HONORARIOS POR SERVICIOSDE PEDIATRIA DEL 01 AL 28DE FEBRERO 2024	WSD	192,00	$92.329,00				0,00	$17.727.168,00

Impuesto	Base	Tarifa / Valor Nominal	Importe	
				$17.727.168,00
				$0,00
				$0,00
				$17.727.168,00

	785ba4de0f2ed2a8f4533cad9665baf854bb52c3ee90b9a26b6a5ccc201aac3f8d202b994ec65cb4d9f6426823b40639
	(diecisiete millones setecientos veintisiete mil ciento sesenta y ocho pesos)

Firma Digital: NJqX0HNNDGj47/t0LmeZ7QCQIZ21bogzGTZbGssjlVN/Slanen+mHkrjM/aujdab
M2CfLozR1kqLpunBgke+D7+ISIMI2O5Twu3AmbRzb4B/AEIEBf
P/7L4FOLnxP5NA /j7kxpRruj21tHy0QVQwukmKTRxOirv8wQ8HMopMHILNj6LSq19S+Dfol28zO5Of U9wW5ont97WA4fy1tWzE6aKeElXjVMeNjMn
KwabGCWgrBRU3r5r50Tik9P2o2JAi Kq2P0e64rgds/uEAFcylTFqKUpittcz8G3XJVeGhKLFerk7Qc4CyXaqMENYktFkq rml//3lqrPDkp5pin0ZK
EQ==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

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	41569545	AURA MARIA CABRERA GARCIA	CRR 13 # 136-51 APT 305	6016336062	auracabrera97@hotmail.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	1	10/01/2025	83297374	$1.158.800	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	969.800	0		0		0	0	0	0	969.800	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	189.000				189.000	0	0	189.000			1.890	189.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	969.800	969.800
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	189.000	189.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	1.158.800	1.158.800

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

0036667

SEGURO SOCIAL
PENSIONES
PARA SIEMPRE

RESOLUCION No. _____ **De** 17 AGO 2007

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.

LA ASESORA VI - VICEPRESIDENCIA DE PENSIONES
SEGURO SOCIAL SECCIONAL CUNDINAMARCA Y D.C

En uso de las facultades reasignadas por el Presidente del Seguro Social mediante Resolución N° 2012 del 22 de agosto de 2003 y Resolución No 5560 del 28 de octubre de 2005

CONSIDERANDO:

Que el día 13 de septiembre de 2006, la asegurada ***AURA MARIA CABRERA GARCIA****, identificada con la cédula de ciudadanía número 41.569.545, afiliación al ISS No. 020877763 - 941569545, con fecha de nacimiento 16 de mayo de 1951, solicitó pensión de vejez.*

Que mediante Oficio **062.2.10 No. 10615** *del 21 de noviembre de 2006, se realizo la consulta a la Unidad de Planeación y Actuaria Vicepresidencia de Pensiones del ISS, si la devolución de aportes efectuada, puede ser validada por el ISS, para el reconocimiento de la prestación, en el caso del afiliado para dar aplicación al régimen establecido por la* **Ley 71 de 1988**, *la cual exige para el derecho a la pensión acreditar 20 años de aportes o cotizaciones y 60 años de edad el hombre y 55 la mujer y un 75 % de monto de pensión.*

Que en cuanto a las personas que hayan decidido trasladarse del Régimen de Prima Media con Prestación Definida al de Ahorro Individual con Solidaridad, el Artículo 3° del Decreto 3800 de 2003, menciona:

"Aplicación del Régimen de Transición: En el evento en que una persona a 1° de Abril de 1994 tenía quince (15) o mas años de servicio prestados o semanas cotizadas, que hubiere seleccionado el régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, decida trasladarse al Régimen de Prima Media con prestación definida, le será aplicable el régimen de transición previsto en el artículo 36 de la Ley 100 de 1993, por lo cual podrán pensionarse de acuerdo con el régimen anterior al que estuvieren afiliados a dicha fecha, cuando reúnan las condiciones exigidas para tener derecho a la pensión siempre y cuando cumplan con los siguientes requisitos:

a) Al cambiarse nuevamente al Régimen de Prima media con Prestación Definida, se traslade a el, el saldo de la cuenta de Ahorro Individual con Solidaridad y

b) Dicho saldo no sea inferior al monto total del aporte legal para el mismo periodo de vida correspondiente en caso que hubieren permanecido en el Régimen de Prima Media incluyendo los rendimientos que se hubieren obtenido en esta última.

Que mediante oficio **ODA No. 07 – 5755 del 25 de junio de 2007**, *el Jefe de la Oficina de Devolucion de Aportes de la Vicepresidencia del ISS, Dr. OSCAR PARDO SARMIENTO certifico, en relación con el tramite dispuesto por el Artículo 3 del Decreto 3800 de 2003 (Antes mencionado), que:*

"en el caso especifico sometido a nuestra consideración, la valoración de las cotizaciones con este criterio se ilustra en el anexo que le remito (6 folios), el cual contiene todo sobre las cotizaciones hechas entre febrero de 2000 y marzo de 2005 dando la asesoría un monto de $ 29.092.323.oo al 25 de Julio de 2006 fecha en la cual la AFP PROVENIR realizo el

SEGURO SOCIAL
PENSIONES
PARA SIEMPRE

RESOLUCIÓN No. 036667 De 17 AGO 2007

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.

ASEGURADO: AURA MARIA CABRERA GARCIA

Que para liquidar la pensión se tiene en cuenta el promedio de lo devengado o cotizado durante los 10 últimos años, actualizado anualmente con el I.P.C., conforme a lo indicado por el inciso 3 del artículo 36 de la Ley 100 de 1993.

Para el caso concreto del asegurado la liquidación se efectuó tomando en cuenta los salarios de los 3.650 días anteriores a la última fecha de cotización arrojando un ingreso base de liquidación de $ 5.301.469.oo al cual se le aplico un 65,39 %.

Que para la prestación reclamada procede el cobro del Bono Pensional, según lo establecido en la Ley 100 de 1993 y los Decretos 1314 de 1994, 1748 de 1995, 1513 de 1998, por el tiempo laborado como servidor público y no cotizado al ISS.

*Que el Bono pensional se solicitó mediante oficio **062.2.10 N° 15788** de 2007, a la SECRETARIA DE HACIENDA DEL DISTRITO.*

Que de conformidad con lo dispuesto en la Circular P-ISS N° 0625 del 04 de abril de 2005, emanada de la Presidencia del Seguro Social, en la cual señalan que "a fin de que sean reconocidas las prestaciones económicas de servidores públicos dentro del término señalado por el artículo 9° de la Ley 797 de 2003, aún en los eventos en los cuales el Bono Pensional, no se haya emitido en su totalidad", motivo por el cual es viable el reconocimiento de la prestación sin que a la fecha haya sido emitido el Bono Pensional por la Entidad Emisora.

Que el ingreso a nómina de pensionados y pago de la prestación quedará en suspenso toda que se encuentra vinculada como servidor público con la HOSPITAL LA VICTORIA II NIVEL (art. 13 y 35 Decreto 758/90 y Circular 521/02).

Que en consecuencia,

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: *Conceder la pensión de jubilación a la asegurada **AURA MARIA CABRERA GARCIA**, identificada con C.C. 41.569.545 de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de la presente Resolución, con una mesada pensional de $ 3.466.631.oo, para el año 2007, la cual se dejara en suspenso de ingresar en nómina de pensionados hasta tanto se acredite el retiro definitivo del sistema general de pensiones.*

PARAGRAFO: *La presente Resolución queda sujeta a modificación teniendo en cuenta para la reliquidación de la pensión la fecha del retiro y hasta el último día efectivamente cotizado.*

ARTICULO SEGUNDO: *Del valor de la pensión se descuenta el aporte por servicios de salud conforme lo preceptuado por la Ley 100 de 1993.*