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: (31-07-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MELANIA ALVAREZ LOZANO**				**CC:**	**28893536**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LOZANO0637@GMAIL.COM**				**TELÉFONO:**	**3108749006**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 24A BIS 100 60**				**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNARÁ	**BANCO FALABELLA SOCIEDAD ANC**		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**111700898437**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2307 2025**	**N° CDP:**	**1795**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: OCHO (8) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/08/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 1.735.200**					

MELANIA ALVAREZ LOZANO
PS_2307_2025_CFA19B-2025-07-17 10:01:44

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MELANIA ALVAREZ LOZANO
CC: 28893536
CEL: 3108749006

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 Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
MELANIA ALVAREZ LOZANO			
	CON C.C N°	**28.893.536**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CAMILLERO (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 2307 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.403.520	**No. HORAS EJECUTADAS**	**180**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 15.404.720	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.735.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR		

ITEM	**II. 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	1.Se presto el servicio de conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato. 2.Se Realizo las actividades propias del cuidado de enfermería cumpliendo los protocolos institucionales previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud. (recibo y entrega de turno, actividades de enfermería y demás actividades que se deriven del proceso de enfermería.3.Se Notificaron de inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte. 4.Informar a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada. 5.Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de Enfermería integral del paciente. 6.Diligenciar 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. 7.Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales. 8.Responder por los inventarios, realizar control, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades.9.Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana según política institucional de humanización.10.Mantener la reserva y confidencialidad de la información clínica y personal de los pacientes, dando cumplimiento a la resolución 1995 y al manual de manejo de historia clínica establecido por la institución.11.Realizar asesorías pretest y pruebas rápidas en los diferentes servicios intramurales y extramurales según solicitudes realizadas generando el respectivo registro en la historia clínica, planillas e informes garantizando que se realicen los respectivos informes. 12.Realizar búsqueda activa de población clave, realizando todo el proceso correspondiente para el diagnóstico. 13.Se Porto el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales.14.Se solicita, Alista, entrega, custodia y retorna limpieza y desinfección del instrumental según el área que corresponda teniendo en cuenta el manual de central de esterilización institucional. 15.Se cumplio con las actividades propias del servicio y con las asignaciones realizadas por la enfermera coordinadora, lo cual incluye apoyo e instrumentación de procedimientos menores en consultorio, traslado y entrega de muestras de patología.16.Se recepcióna, la custodia y entrega oportuna de las historias clínicas de contingencia, formatos de consentimiento informado al archivo de gestión documental, realizado el registro en el formato correspondiente.17.Apoya actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E.18.Se realizo limpieza recuerente entre semana y fines de semana desinfeccion terminal para mantener limpio y ordenada la unidad del paciente.19. Ejecuto los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clínica de heridas.20.Velar por el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.21.Se realizo la revision diaria del inventario correspondiente al area. 22.Diligenciar en forma adecuada cada uno de los formatos establecidos y realizar el registro y lectura a diario de termo hidrometría del servicio.23.Se realizo el uso adecuado del uniforme durante la programacion de actividades.24.Se realizo la partipacion en las reuniones y capacitaciones programadas.25.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.

III. 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 (2025-07-01) AL (2025-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 88087604	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/07/09	$ 178.000
PENSIÓN:	SIN DATO	2025/07/09	$ 0
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/07/09	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 212.700

V. 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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*MELANIA ALVAREZ LOZANO* *PS_2307_2025_CFA19B-2025-07-17 10:01:44* **MELANIA ALVAREZ LOZANO** **CC: 28893536**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*ANA CELIA GARCIA GARCIA* *PS_2307_2025_CFA19B-2025-07-17 15:03:30* **ANA CELIA GARCIA GARCIA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*NATALY DUQUE SALAZAR* *PS_2307_2025_CFA19B-2025-07-17 15:05:39* **NATALY DUQUE SALAZAR** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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	28893536	MELANIA ALVAREZ LOZANO	calle 24 a bis # 100-60	3108749006	lozano0637@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	09/07/2025	88087604	$212.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	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	178.000	178.000
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	212.700	212.700

PAGADA

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

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	28893536	MELANIA ALVAREZ LOZANO		calle 24 a bis # 100-60	3108749006	lozano0637@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	09/07/2025	88087604	$212.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	28893536	ALVAREZ LOZANO MELANIA	57	3			N																		0	0	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Colpensiones

Bogotá, 20 de enero de 2021 BZ2020_11735894-0123753

Señor (a)
MELANIA ALVAREZ LOZANO
KR 68 BIS 1 53 SUR
BOGOTA D.C - BOGOTÁ, D.C.

Referencia: Notificación por Aviso 2020_11735894 de 10/8/2020 12:00:00 AM
Ciudadano: MELANIA ALVAREZ LOZANO
Identificación: Cédula de ciudadanía 28893536
Tipo de Trámite: Notificación

Respetado(a) señor(a):

Reciba un cordial saludo de la Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES. Como resultado de la solicitud de la referencia, le informamos que se ha vencido el término para notificarse personalmente, por lo tanto anexo a esta comunicación se hace entrega de la copia íntegra del Acto Administrativo SUB 248509, mediante el cual se resuelve la solicitud. Se advierte que la notificación se considerará surtida al finalizar el día hábil siguiente a la entrega de esta comunicación en el lugar de destino; en virtud del artículo 69 de la ley 1437 de 2011.

Enterado de su contenido, se informa que la procedencia de los recursos se mencionan en la parte resolutiva del acto administrativo, en caso que procedan los recursos de reposición y/o subsidio de apelación deberán interponerse dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación, lo anterior en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 76 de la ley 1437 del 2011. Los recursos de reposición serán estudiados por la dirección o subdirección que expidió el acto administrativo y los de apelación por su superior jerárquico.

En caso de requerir información adicional, por favor acercarse a nuestros puntos de atención al ciudadano; comunicarse con la línea de servicio al ciudadano en Bogotá al 4890909, en Medellín al 2836090, con la línea nacional al 018000 41 0909, en donde estaremos dispuestos a brindarle el mejor servicio.

Agradecemos su confianza y le recordamos que estamos para servirle.

Atentamente,

SANDRA HERRERA HERNANDEZ
Director de Atención y Servicio

Anexo: Copia acto administrativo SUB 248509 17 de noviembre de 2020

REPUBLICA DE COLOMBIA

ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO
RADICADO No. 2020_10160130 SUB 248509
17 NOV 2020

POR MEDIO DE LA CUAL SE RECONOCE UNA INDEMNIZACIÓN SUSTITUTIVA DE LA PENSIÓN DE VEJEZ.

EL SUBDIRECTOR DE DETERMINACION DE LA DIRECCION DE PRESTACIONES ECONOMICAS DE LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, en uso de las atribuciones inherentes al cargo y,

CONSIDERANDO

Que el (la) señor(a) **ALVAREZ LOZANO MELANIA,** identificado(a) con CC No. 28,893,536, solicita el 8 de octubre de 2020 el reconocimiento y pago de una indemnización sustitutiva de una pensión de vejez, radicada bajo el No 2020_10160130.

Que nació el 4 de mayo de 1963 y actualmente cuenta con 57 años de edad.

Que obra declaración juramentada extrajuicio en la que el(a) solicitante manifiesta su imposibilidad de continuar cotizando al sistema general de pensiones.

Que el (la) peticionario(a) ha cotizado los siguientes tiempos de servicio:

ENTIDAD LABORO	DESDE	HASTA	NOVEDAD	DIAS
CAJA AGRARIA S A AG GARZON	19930520	19940616	TIEMPO SERVICIO	393
SIN NOMBRE NP 11156200226	19941110	19941231	TIEMPO SERVICIO	52
CAJA CRED AGR IND Y MIN	19950101	19950228	TIEMPO SERVICIO	60
CAJA CRED AGR IND Y MIN	19950301	19950430	TIEMPO SERVICIO	60
CAJA CRED AGR IND Y MIN	19950501	19950731	TIEMPO SERVICIO	90
CAJA CRED AGR IND Y MIN	19950801	19951231	TIEMPO SERVICIO	150
CAJA CRED AGR IND Y MIN	19960101	19961231	TIEMPO SERVICIO	360
CAJA CRED AGR IND Y MIN	19970101	19971231	TIEMPO SERVICIO	360
CAJA CRED AGR IND Y MIN	19980101	19980104	TIEMPO SERVICIO	4
ADECCO COLOMBIA S. A.	19990701	19990731	TIEMPO SERVICIO	30
ADECCO COLOMBIA S. A.	19990801	19990803	TIEMPO SERVICIO	3
SUMINISTROS RECURSOS HUMANOS T	20060501	20060520	TIEMPO SERVICIO	20
ALVAREZ LOZANO MELANIA	20110601	20110831	TIEMPO SERVICIO	90
INVERCIONES. MACAAL S A S	20150701	20150703	TIEMPO SERVICIO	3
INVERCIONES. MACAAL S A S	20150801	20151031	TIEMPO SERVICIO	90
INVERCIONES. MACAAL S	20151101	20151101	TIEMPO SERVICIO	1

A S				
CLUB SOCIAL PURIFICACION		161231	TIEMPO SERVICIO	120
CLUB SOCIAL PURIFICACION		170131	TIEMPO SERVICIO	30
CLUB SOCIAL PURIFICACION	DE 20170201	20171231	TIEMPO SERVICIO	330
CLUB SOCIAL PURIFICACION	DE 20180101	20180228	TIEMPO SERVICIO	60

SUB 248509
17 NOV 2020

Que conforme lo anterior, el interesado acredita un total de 2,306 días laborados, correspondientes a 329 semanas.

ENTIDAD LABORO	DESDE	HASTA	NOVEDAD	DIAS
CAJA AGRARIA S A AG GARZON	19930520	19940616	TIEMPO SERVICIO	393
SIN NOMBRE NP 11156200226	19941110	19941231	TIEMPO SERVICIO	52
CAJA CRED AGR IND Y MIN	19950101	19950228	TIEMPO SERVICIO	60
CAJA CRED AGR IND Y MIN	19950301	19950430	TIEMPO SERVICIO	60
CAJA CRED AGR IND Y MIN	19950501	19950731	TIEMPO SERVICIO	90
CAJA CRED AGR IND Y MIN	19950801	19951231	TIEMPO SERVICIO	150
CAJA CRED AGR IND Y MIN	19960101	19961231	TIEMPO SERVICIO	360
CAJA CRED AGR IND Y MIN	19970101	19971231	TIEMPO SERVICIO	360
CAJA CRED AGR IND Y MIN	19980101	19980104	TIEMPO SERVICIO	4
ADECCO COLOMBIA S. A.	19990701	19990731	TIEMPO SERVICIO	30
ADECCO COLOMBIA S. A.	19990801	19990803	TIEMPO SERVICIO	3
SUMINISTROS RECURSOS HUMANOS T	20060501	20060520	TIEMPO SERVICIO	20
ALVAREZ LOZANO MELANIA	20110601	20110831	TIEMPO SERVICIO	90
INVERCIONES. MACAAL S A S	20150701	20150703	TIEMPO SERVICIO	3
INVERCIONES. MACAAL S A S	20150801	20151031	TIEMPO SERVICIO	90
INVERCIONES. MACAAL S A S	20151101	20151101	TIEMPO SERVICIO	1
CLUB SOCIAL DE PURIFICACION	20160901	20161231	TIEMPO SERVICIO	120
CLUB SOCIAL DE PURIFICACION	20170101	20170131	TIEMPO SERVICIO	30
CLUB SOCIAL DE PURIFICACION	20170201	20171231	TIEMPO SERVICIO	330
CLUB SOCIAL DE PURIFICACION	20180101	20180228	TIEMPO SERVICIO	60

Que conforme a lo anterior, el interesado acredita un total de 2,306 días laborados, correspondientes a 329 semanas Colpensiones.

Que el artículo 37 de la Ley 100 de 1993, dispone que: "Las personas que habiendo cumplido la edad para obtener la pensión de vejez no hayan cotizado el mínimo de semanas exigidas, y declaren su imposibilidad de continuar cotizando, tendrán derecho a recibir, en sustitución, una indemnización

equivalente a un salario base de liquidación promedio semanal multiplicado por el número d SUB 248509 zadas; al resultado así obtenido se le aplica el promedio ponde 17 NOV 2020 orcentajes sobre los cuales haya cotizado el afiliado."

Que el Decreto 1730 de 2001, reglamenta el artículo 37 la Ley 100 de 1993 referente a la Indemnización Sustitutiva del Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida y estableció en el artículo 1° la causación de derecho y en literal a) definió que habrá lugar a la indemnización sustitutiva cuando: "el afiliado se retire del servicio habiendo cumplido con la edad, pero sin el número mínimo de semanas de cotización exigido para tener derecho a la pensión de vejez y declare su imposibilidad de seguir cotizando".

Que igualmente la precitada norma establece en su artículo 4° como requisito para acceder a la prestación solicitada que "que el afiliado debe demostrar que ha cumplido con la edad y declarar bajo la gravedad del juramento que le es imposible continuar cotizando. También habrá lugar a la indemnización sustitutiva cuando el servidor público se retire del servicio por haber cumplido la edad de retiro forzoso y declare que está en imposibilidad de seguir cotizando".

Que para efectos de establecer la liquidación de la presente prestación, se dará cumplimiento a lo establecido en el artículo 3 del Decreto 1730 de 2001, el cual dispone que el valor de la Indemnización Sustitutiva de la pensión de vejez equivale a un salario base de liquidación promedio semanal multiplicado por el número de semanas cotizadas, a cuyo resultado se le aplica el promedio ponderado de los porcentajes sobre los cuales cotizó al Sistema de Pensiones, de lo cual resulta la siguiente fórmula:

Indemnización = [(Ingreso Base Liquidación/30) x 7] x (días / 7) x (Promedio Porcentajes de Cotización)

Que para determinar los valores a aplicar en las variables antes determinadas, resulta imperioso manifestar que el Ingreso Base de Liquidación, responde al promedio de lo cotizado por el tiempo en que el asegurado efectuó cotizaciones al Seguro Social.

Que en tal orden de ideas, para acceder a la prestación solicitada el afiliado debe reunir los siguientes requisitos: 1) No contar con el número de semanas cotizadas para acceder a la pensión de vejez, 2) Manifestar su imposibilidad de continuar cotizando al Sistema y 3) Contar con la edad de pensión correspondiente a 55 años en el caso de las mujeres y 60 en el caso de los hombres, la cual aumentara a 57 años mujeres y 62 años hombres, a partir del año 2014 como lo establece el artículo 9° de la ley 797 de 2003.

Que finalmente, el artículo 6 del Decreto 1730 de 2001, establece en cuanto a la incompatibilidad de la presente prestación que "salvo lo previsto en el artículo 53 del Decreto 1295 de 1994, las indemnizaciones sustitutivas de vejez y de invalidez, son incompatibles con las pensiones de vejez y de invalidez.

Las cotizaciones consideradas en el cálculo de la indemnización sustitutiva no podrán volver a SUB 248509 17 NOV 2020 uenta para ningún otro efecto."

Que la presente prestación constituye un pago único.

Que se procede a efectuar la siguiente liquidación conforme a la normatividad anteriormente mencionada y 329 semanas asi:

AÑO	FACTOR	VALOR ACUMULADO	VALOR IBL	VALOR ACTUALIZADO
1993	IBC	1,106,989.00	1,106,989.00	9,461,501.00
1994	IBC	1,145,443.00	1,145,443.00	7,985,477.00
1995	IBC	2,691,906.00	2,691,906.00	15,308,451.00
1996	IBC	2,761,056.00	2,761,056.00	13,143,898.00
1997	IBC	2,761,056.00	2,761,056.00	10,806,462.00
1998	IBC	44,533.00	44,533.00	148,112.00
1999	IBC	610,500.00	610,500.00	1,739,890.00
2006	IBC	215,333.00	215,333.00	380,790.00
2011	IBC	1,606,800.00	1,606,800.00	2,271,032.00
2015	IBC	1,939,144.00	1,939,144.00	2,440,853.00
2016	IBC	2,756,000.00	2,756,000.00	3,249,088.00
2017	IBC	8,852,887.00	8,852,887.00	9,869,310.00
2018	IBC	1,562,484.00	1,562,484.00	1,673,433.00

Indemnización = $7,910,657.00

SON: SIETE MILLONES NOVECIENTOS DIEZ MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS M/CTE.

Son disposiciones aplicables: Ley 100 de 1993, y C.C.A.

En merito de lo expuesto,

R E S U E L V E:

ARTÍCULO PRIMERO: Reconocer y ordenar el pago de una Indemnización Sustitutiva de la Pensión de Vejez por una sola vez, a favor del (a) señor(a) **ALVAREZ LOZANO MELANIA,** ya identificado, en cuantía de $7,910,657.00 SIETE MILLONES NOVECIENTOS DIEZ MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS M/CTE de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de la presente resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO: El presente pago único será ingresado en la nómina del periodo 202012 que se paga en el periodo 202101 en la central de pagos del banco BBVA COLOMBIA de BOGOTA DC CL 43 A 9 62 CALLE 43.

ARTÍCULO TERCERO: Esta indemnizacion estará a cargo de:

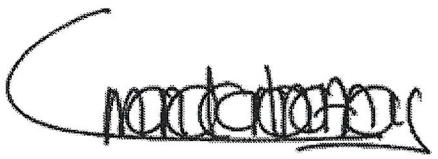
ENTIDAD	DÍAS	VALOR CUOTA
ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES	2306	$7,910,657.00

ARTÍCULO CUARTO: La presente Indemnización Sustitutiva de pensión Vejez es incompatible con SUB 248509 17 NOV 2020 de vejez y de invalidez. Salvo lo dispuesto en el artículo 53 del d 1994.

ARTÍCULO QUINTO: Notifíquese al (la) Señor (a) **ALVAREZ LOZANO MELANIA** haciéndole saber que en caso de inconformidad contra la presente resolución, puede interponer por escrito los recursos de Reposición y/o Apelación. De estos recursos podrá hacerse uso dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación, manifestando por escrito las razones de inconformidad, según el C.C.A.

Dada en Bogotá, D.C. a:

COMUNIQUESE NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE



INGRID CAROLINA ARIZA CRISTANCHO
SUBDIRECTORA DE DETERMINACION III
COLPENSIONES

LIQUIDADOR
ANALISTA COLPENSIONES

REVISOR AUTOMATICO

COL-ISV-03-501,1