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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MARIA VICTORIA TELLEZ DE GUTIERREZ**			**CC:**	**39554779**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MARIAVICTORIATELLEZ@YAHOO.COM**			**TELÉFONO:**	**3102096325**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 24A BIS 100 64**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488436112046**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 6169 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.143.560**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/08/06**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

MARIA VICTORIA TELLEZ DE GUTIERREZ
PS_6169_2025_41064E

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIA VICTORIA TELLEZ DE GUTIERREZ
CC: 39554779
CEL: 3102096325

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			
MARIA VICTORIA TELLEZ DE GUTIERREZ			
	CON C.C N°	**39.554.779**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 6169 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/08/06**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.724.419	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 9.011.539	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.143.560
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	RONALD AGUILAR GOMEZ		

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	Realice revisión de abandonos y estancias prolongadas por medio del programa DGH Web de historia clinica apoyando en las evoluciones de trabajo social si es por medio de estancia prolongada o abandono.
2	Realice auditoria de urgencias, requerimientos, laboratorios, imágenes diagnosticas, en cada urgencia debe coincidir el pagador y los respectivos cobros.
3	Realice proceso de capacitación en los temas normativos. Se consultó y aplicó a la auditoria de facturas realizada, la normatividad vigente que regula las relaciones entre prestadores de servicios apoyo de salud y entidades responsables de pago.
4	Realice la solicitud de documentación que permita soportar la pertinencia de las posibles objeciones interpuestas por los pagadores de las facturas auditadas.
5	Se realizó auditoria a las facturas generadas con el fin de evitar glosas y devoluciones con el fin de optimizar la disponibilidad de recursos de la institución.
6	Se realizó el registro de hallazgos en la Drive de autoría de las facturas revisadas.
7	Se Verificaron que los soportes de las facturas correspondieran con los servicios facturados.
8	Se realizó análisis y aplicó los conceptos requeridos en la auditoría, con el fin de identificar los hallazgos que se requieren corregir.
9	Se realizó acompañamiento diario y auditoría concurrente a los facturadores y analistas en cada servicio.
10	Se tomaron los correctivos de manera oportuna, para evitar glosas o devoluciones y no racionalidad de cierto servicio prestado por la institución hospitalaria.
11	Participe en los recorridos de auditoria del dia 06 de octubre y 09 de octubre visitando la unidad que nos corrrespondia con el referente de cada area y realizar su respectiva lista de chequeo de cada uno de los facturadores consulta externa, urgencias y Ventanilla.
12	Se verificó la matriz de contratación para auditar las facturas asignadas.
13	Se aplicó a la auditoria de las facturas, el conocimiento correspondiente al proceso de contratación entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables de pago.

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 90410024	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/10/16	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/16	$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/16	$ 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	*MARIA VICTORIA TELLEZ DE GUTIERREZ* *PS_6169_2025_41064E* **MARIA VICTORIA TELLEZ DE GUTIERREZ** **CC: 39554779**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YAMILE CANO HERRERA* *PS_6169_2025_41064E* **YAMILE CANO HERRERA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*RONALD AGUILAR GOMEZ* *PS_6169_2025_41064E* **RONALD AGUILAR GOMEZ** **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	39554779	MARIA VICTORIA TELLEZ DE GUTIERREZ	cra 92 # 17b 35 hayuelos	00000000	mariavictoriatellez@yahoo.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	
2025-09	2025-09	I	16/10/2025	90410024	$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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	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	39554779	MARIA VICTORIA TELLEZ DE GUTIERREZ		cra 92 # 17b 35 hayuelos	00000000	mariavictoriatellez@yahoo.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	
2025-09	2025-09	I	16/10/2025	90410024	$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	Estornado	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	39554779	TELLEZ DE GUTIERREZ MARIA VICTORIA	59	4			N																		0	0	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	178.000	14-11	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

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 6169 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 6169 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6169 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 6169 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Pensiones

Senor(a):
TELLEZ DE GUTIERREZ MARIA VICTORIA
CL 118 NO 16 61 OF 403
BOGOTA D.C. DISTRITO CAPITAL

ISS - Centro Administrativo Nacional CAN - Apartado Aéreo 5053 - Cables "ISS" - Bogotá - Colombia
ISS-CAN-SISTEMAS-IS13

RESOLUCION N° 049761 DE 2008

Por la cual se resuelve una solicitud de Prestaciones Económicas en el Sistema General de Pensiones - Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida.

EL INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES - SECCIONAL CUNDINAMARCA

En uso de sus facultades legales y estatutarias, y

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

Que el 12 de MAYO de 2007, falleció el (la) señor(a) ROBERTO GUTIERREZ HERRERA , identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 11,302,059, números de afiliación 911302059 011911766 de la Seccional CUNDINAMARCA, teniendo como último empleador a CASTILLO GUTIERREZ LTDA Patronal 00800010298.

Que el día 30 de ABRIL de 2008 a reclamar pensión de sobrevivientes, se presentaron:

TELLEZ DE GUTIERREZ MARIA VI 39554779 Conyuge

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

Que el artículo 46 de la Ley 100 de 1993, modificado por el literal b) del numeral 2 del artículo 12 de la ley 797 de 2003, en concordancia con lo dispuesto por la Corte Constitucional en la Sentencia C-1094 del 11 de noviembre de 2003, establece que el asegurado mayor de 20 años de edad que fallezca deja acreditado el derecho a la pensión de sobrevivientes cuando haya cotizado un mínimo de 50 semanas en los 3 años anteriores al momento del fallecimiento y acredite un mínimo de cotizaciones entre la fecha en que el asegurado cumplió 20 años de edad y la fecha de la muerte equivalentes al 20% del tiempo trascurrido en dicho período.

Que revisado el reporte de semanas, expedido por la Gerencia Nacional de Historia Laboral y Nómina de Pensionados del Instituto de Seguros Sociales, se establece que el(la) asegurado(a) cotizó a este Instituto un total de 1,149 semanas, de las cuales 71 semanas se cotizaron en los 3 años inmediatamente anteriores al momento del fallecimiento, y que cotizó 1149 semanas entre el 26 de FEBRERO de 1979, fecha en la que cumplió 20 años de edad y el 12 de MAYO de 2007, fecha de la muerte, con lo que supera el 20% de fidelidad de cotización al Sistema de Pensiones, concluyendo que el causante dejó acreditados los requisitos para que en el caso de existir beneficiarios, estos accedan a la pensión de sobrevivientes.

Que el artículo 47 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 13 de la Ley 797 de 2003, establece que son beneficiarios de la pensión de sobrevivientes, en forma vitalicia el(la) cónyuge o el(la) compañero(a) permanente supérstite sí a la fecha de fallecimiento del(la) causante contaba con 30 o mas años de edad o, en el evento de ser menor de 30 años, que haya convivido no menos de 5 años con anterioridad al momento de la muerte y haya procreado hijos con el(la) fallecido(a); así mismo, son beneficiarios de la pensión de sobrevivientes los hijos menores de edad del(la) causante hasta que cumplan la mayoría de edad y posterior a ello hasta los 25 años, mientras se encuentren incapacitados para trabajar en razón de sus estudios, si a la fecha del fallecimiento dependían económicamente del causante, siempre que acrediten debidamente su calidad de estudiantes y cumplan con el mínimo de condiciones académicas; y los hijos inválidos si dependían económicamente y en forma exclusiva del(la) causante, mientras subsistan las condiciones de invalidez. Así mismo, cuando falten los anteriores, serán beneficiarios los padres del(la) causante si dependían económicamente de forma total y absoluta de éste; y a falta de cónyuge o compañero(a) permanente, padres e hijos con derecho, los beneficiarios de la pensión serán los hermanos inválidos del(la) causante si dependían económicamente y en forma exclusiva de éste.

Que revisados los documentos obrantes en el expediente, se establece que los solicitantes acreditaron los requisitos para ser considerados como beneficiarios, razón por la cual se procederá a reconocer la prestación de sobrevivientes, la cual se liquidará con el ingreso Base de Liquidación previsto en el artículo 21 de la Ley 100 de 1993, al cual se le aplicará el monto pensional previsto en el artículo 48 de la Ley 100 de 1993.

ARTICULO PRIMERO: Conceder pensión de sobrevivientes, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de la presente providencia, en los siguientes términos y cuantías:

A PARTIR DE	PENSION
12 MAY 2007	1,470,091
01 ENE 2008	1,553,739

Valor Pension Retroactiva	26,759,085
Mas Primas Retroactivas	1,470,091
Total Valor a Pagar	28,229,176

La liquidación se realizó con 1,149 semanas, sobre un Ingreso Base de Liquidación de $ 2,130,567.00 al cual se le aplicó el 69.00%.

PARAGRAFO 1: El valor de la pensión y del retroactivo se distribuirá de la siguiente manera:

BENEFICIARIO		PENSION	RETROACTIVO
TELLEZ DE GUTIERREZ	MARIA VI	1,470,091	28,229,176

PARAGRAFO 2: El valor de la mesada pensional, junto con el valor del retroactivo serán incluidos en la nómina del mes NOVIEMBRE , la cual se cancela a partir del 01 de DICIEMBRE de 2008 a través de:

TELLEZ DE GUTIERREZ MARIA VI BANCO BOGOTA CTRL PG WORLD T.C.CLL.100 #9A-45 Cta: 00000039554779

ARTICULO SEGUNDO: Los descuentos de salud se realizarán a partir del ingreso a nómina, de conformidad con lo establecido en el artículo 204 de la Ley 100 de 1993.

ARTICULO TERCERO: El estado de invalidez de los hijos mayores de edad inválidos se revisará cada 3 años a fin de ratificar, modificar o dejar sin efectos el dictamen que sirvió de base para el establecimiento de la pérdida de capacidad laboral, de conformidad con lo dispuestó en el artículo 44 de la Ley 100 de 1993; igualmente los hijos mayores de edad incapacitados para trabajar en razón a sus estudios deberán remitir cada seis (6) meses, con destino a la Gerencia Nacional de Historia Laboral y Nómina de Pensionados de este Instituto, certificado de estudios expedido por establecimiento educativo de educación formal debidamente aprobado por el Ministerio de Educación Nacional o quien haga sus veces, en el cual conste una intensidad horaria de 20 o más horas semanales.

ARTICULO CUARTO: Notificar el contenido de la presente resolución al(los) interesado(s), de conformidad con lo dispuesto en los artículos 44 y siguientes del Código Contencioso Administrativo, haciéndoles saber que contra ésta proceden los recursos de reposición y de apelación, dentro de los cinco días siguientes a la fecha de notificación de la misma.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en BOGOTA D.C. , a los 29 dias del mes de OCTUBRE de 2008

BLANCA NELLY MOLANO CARO
GERENTE II CAP SECCIONAL CUNDINAMARCA

RESOLUCION N° 049761 DE 2008
Asegurado(a): ROBERTO GUTIERREZ HERRERA , C.C. 11,302,059

SEGURO SOCIAL

VICEPRESIDENCIA DE PENSIONES

16 DIC. 2008

CAP Cartagena

En Bta a los ___ días del mes de _____ de 200___.

Yo/Se Flora Yulis Angelica identificado con la C.C. No. 52269415 T.P. ___ quien actúa(n) en calidad de ___ apoderado ___ (Según poder adjunto autenticado ante la Notaría No. 1ª del Círculo de Facatativa), con el fin de notificarse de la Resolución No. 49761 de fecha 2008, mediante la cual se [illegible]

Enterado (a) de su contenido, se le informa que contra la misma procede recurso de apelación, los cuales deben ser interpuestos dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la notificación en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 44 y ss. del C.C.A.

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

Renuncio a los términos legales para interponer los Recursos SI _____ NO X

EL NOTIFICADO
C.C. 52269415 Bta

EL NOTIFICADOR
C.C. 80823888

HUELLA