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: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JULIO ENRIQUE TRUJILLO DURAN**			**CC:**	**19119952**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JULISJUANITO@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3164207115**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 15 3 62**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**102645280**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1275 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.900.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/15**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31**				

JULIO ENRIQUE TRUJILLO DURAN
PS_1275_2025_0B124A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JULIO ENRIQUE TRUJILLO DURAN
CC: 19119952
CEL: 3164207115

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			
JULIO ENRIQUE TRUJILLO DURAN			
	CON C.C N°	**19.119.952**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION 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 1275 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.388.960	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 24.575.584	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.900.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ		

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	"Recepcioné los soportes físicos de los laboratorios a cargar en el sistema de información DGH "
2	Verifiqué las ordenes recepcionadas contra lo registrado en el sistema de información DGH
3	Verifiqué el estado de afiliación de los ordenes a registrar
4	Verifiqué la frecuencia de uso de los pacientes a registrar
5	realicé la actualizacion de datos de pacientes de los ingresos a registrar
6	Generé las ordenes de servicios de los paquetes fisicos recibidos por parte del laboratorio clinico
7	Solicité y patiné con el área de archivo los soportes solicitados por los técnicós del área
8	Se informó a las respectivas áreas de la actividad realizada en el sistema de información DGH
9	se realizo la correccion de las novedades reportadas durante el periodo
10	Asistí a una capacitación programada

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 4626142113	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/11/13	$ 178.000
PENSIÓN:	SIN DATO	2025/11/13	$ 0
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/11/13	$ 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	*JULIO ENRIQUE TRUJILLO DURAN* *PS_1275_2025_0B124A* **JULIO ENRIQUE TRUJILLO DURAN** **CC: 19119952**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YAMILE CANO HERRERA* *PS_1275_2025_0B124A* **YAMILE CANO HERRERA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ* *PS_1275_2025_0B124A* **ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	19119952
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JULIO ENRIQUE TRUJILLO DURAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 13 SUR # 19 40	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4626142113**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/11/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9994694151

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 178.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 34.700	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 34.700
SUBTOTALES:									**$ 34.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 34.700**

Planilla Pagada
Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 19119952	TRUJILLO DURAN JULIO ENRIQUE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	INDEMN SUST/DEV SALDOS	$ 1.423.500				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	SALUD DÍAS COT	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	SALUD VALOR ADRES	SALUD TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP DÍAS COT	ARP IBC	ARP CENTRO DE TRABAJO	ARP TOTAL APORTE
1	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500	19119952	$ 34.700

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO:	**$ 212.700**

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

Datos guardados

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 1275 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.PDF	PS 1275 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.PDF	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1275 2025 CUENTA DECOBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 1275 2025 CUENTA DECOBRO FEBRERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1275 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 ADICIONAL.PDF	PS 1275 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 ADICIONAL.PDF	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1275 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.PDF	PS 1275 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.PDF	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1275 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 20250001.pdf	PS 1275 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 20250001.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1275 2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1275 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1275 2025 CRP-5995.pdf	1 PS 1275 2025 CRP-5995.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1275 2025 CRP-11850.pdf	2 PS 1275 2025 CRP-11850.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1275 2025 CRP-11851.pdf	3 PS 1275 2025 CRP-11851.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1275 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 1275 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1275 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 1275 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1275 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 1275 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4 PS 1275 2025 CRP-19552.pdf	4 PS 1275 2025 CRP-19552.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1275 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 1275 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1275 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 1275 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1275 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 1275 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1275 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 1275 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

REPUBLICA DE COLOMBIA

ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO
RADICADO No. 2015_4686750 GNR 178748
18 JUN 2015

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

LA GERENTE NACIONAL DE RECONOCIMIENTO DE LA VICEPRESIDENCIA DE BENEFICIOS Y PRESTACIONES DE LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES -, en uso de las atribuciones inherentes al cargo y,

CONSIDERANDO

Que el (la) señor(a) **TRUJILLO DURAN JULIO ENRIQUE,** identificado(a) con CC No. 19,119,952, solicita el 26 de mayo de 2015 el reconocimiento y pago de una indemnización sustitutiva de una pensión de vejez, radicada bajo el No 2015_4686750.

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

ENTIDAD LABORO	DESDE	HASTA	NOVEDAD	DIAS
SINALVA	19870406	19880630	TIEMPO SERVICIO	452
1 COOMUSOCIAL LTDA	19941007	19941216	TIEMPO SERVICIO	71
COOMUSOCIAL LTDA	19950901	19950904	TIEMPO SERVICIO	4
COOMUSOCIAL LTDA	19951001	19960523	TIEMPO SERVICIO	233
ASOC DE COMERC DEL CENTRO COME	19960601	19960619	TIEMPO SERVICIO	19
ASOC DE COMERC DEL CENTRO COME	19960701	19980619	TIEMPO SERVICIO	709
COOPERATIVA DE TRBAJAJO ASOCIA	19981001	19981019	TIEMPO SERVICIO	19
COOPERATIVA DE TRBAJAJO ASOCIA	19981101	19990228	TIEMPO SERVICIO	120
ASOC DE COMERC DEL CENTRO COME	20000501	20000507	TIEMPO SERVICIO	7
ASOC DE COMERC DEL CENTRO COME	20000601	20000929	TIEMPO SERVICIO	119
ASOC DE COMERC DEL CENTRO COME	20001001	20001026	TIEMPO SERVICIO	26
ASOC DE COMERC DEL CENTRO COME	20001101	20010329	TIEMPO SERVICIO	149
ASOC DE COMERC DEL CENTRO COME	20010401	20010416	TIEMPO SERVICIO	16
ASOC DE COMERC DEL CENTRO COME	20010501	20010515	TIEMPO SERVICIO	15
ASOC DE COMERC DEL CENTRO COME	20010601	20010717	TIEMPO SERVICIO	47
ASOC DE COMERC DEL CENTRO COME	20010801	20010829	TIEMPO SERVICIO	29
ASOC DE COMERC DEL CENTRO COME	20010901	20040128	TIEMPO SERVICIO	868
ASOC DE COMERC DEL	20040201	20050430	TIEMPO SERVICIO	450

GNR 178748
18 JUN 2015

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 ser tenidas en cuenta 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 897 semanas asi:

AÑO	FACTOR	VALOR ACUMULADO	VALOR IBL	VALOR ACTUALIZADO
1987	IBC	271,350.00	271,350.00	7,755,574.00
1988	IBC	182,910.00	182,910.00	4,215,313.00
1994	IBC	233,590.00	233,590.00	1,293,747.00
1995	IBC	362,133.00	362,133.00	1,636,094.00
1996	IBC	1,630,200.00	1,630,200.00	6,165,359.00
1997	IBC	2,076,000.00	2,076,000.00	6,455,118.00
1998	IBC	1,638,430.00	1,638,430.00	4,329,144.00

GNR 178748
18 JUN 2015

COMUNIQUESE NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE

ZULMA CONSTANZA GUAUQUE BECERRA
GERENTE NACIONAL DE RECONOCIMIENTO
COLPENSIONES

ADMINISTRADOR
ANALISTA COLPENSIONES

REVISOR AUTOMATICO

COL-ISV-03-501,1

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

NOTIFICACIÓN DE RESOLUCIÓN QUE RESUELVE UNA SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS CASO BIZAGI NOTIFICACION

2015-4646750

COLPENSIONES

VICEPRESIDENCIA DE BENEFICIOS Y PRESTACIONES

PUNTO COLPENSIONES BOGOTA SUR

En BOGOTA a los 26 días del mes de **JUNIO** de **2015** Se presentó JULIO ENRIQUE TRUJILLO DURAN identificado con la C.C.No 19.119.952 en calidad de interesado ___, tercero autorizado, ___apoderado ___, con tarjeta Profesional No. _____ del CS.J., con el fin de notificarse de la Resolución No. GNR 178748 De fecha 18 JUNIO 2015, mediante la cual SE RESUELVE UNA SOLICITUD DE PRESTACIONES

Enterado (a) de su contenido, se le informa que contra la presente proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales deben ser interpuestos dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 76 y s.s. de la Ley 1437 del 2011.

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

En el evento que el reconocimiento de la prestación corresponda al cumplimiento de una orden judicial en la que se hubiera condenado a la administradora del régimen de prima media al pago y/o reconocimiento de una prestación económica, declaro bajo juramento que SI _____ NO _____, he iniciado proceso ejecutivo para hacer efectivo el cumplimiento de dicha orden y/o que no he recibido pago alguno por este concepto so pena de incurrir en el delito de fraude procesal tipificado en el Artículo 453 del Código Penal.

Así mismo, declaro bajo la gravedad del juramento, so pena de incurrir en conducta tipificada en el Artículo 442 del Código Penal Colombiano modificada por el Artículo 8º de la Ley 890 de 2004 "Falso testimonio. El que en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años" que no he solicitado ni devengo pensión alguna que provenga del erario público que contravenga el Articulo 128 de la Constitución Política Colombiana; igualmente no devengo pensión del sector público o privado de carácter compartida conforme al Decretos 758 de 1990.

Se deja constancia de notificación Si ____ No___. Observaciones _____

_____ (Espacio para la entidad)

EL NOTIFICADO
C.C. 19119952

EL NOTIFICADOR
C.C. 15.610.829 Tierralta

Colpensiones

El futuro es de todos | Presidencia de la República

RADICADO 2020_001

GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS
DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS
CERTIFICACIÓN INDEMNIZACIÓN Y/O PAGO ÚNICO

Que revisada la Nómina de Pensionados de la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, al señor(a) **JULIO ENRIQUE TRUJILLO DURAN** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía** No. **19119952**, esta Administradora mediante resolución No. **178748** de **2015** le concedió **INDEMNIZACIÓN SUSTITUTIVA VEJEZ.**

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá , el día 10 de febrero de 2021.

DORIS PATARROYO PATARROYO
Director(a) de Nómina de Pensionados

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA