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: (30-06-2026)					
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 CONSIGNAR:	**BANCO FALABELLA SA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**111700898437**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2300 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.646.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30**				

MELANIA ALVAREZ LOZANO
PS_2300_2026_B54DFB

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 COMO CAMILLERO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-ENFERMERIA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2300 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.114.000	**No. HORAS EJECUTADAS**	**216**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.170.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.646.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) 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 recibió y entregó turno informando pendientes y novedades de pacientes de los servicios asignados, trámites en gestión, así mismo se entregó inventario de elementos asignados; 2. Se realizó el traslado de los pacientes a los servicios, verificando la disponibilidad de la cama, condiciones de seguridad e integridad del paciente (barandas arriba, oxígeno, protegiendo al paciente del frío y cuidado de su intimidad) 3. Se trasladaron las muestras biológicas al laboratorio clínico, de forma oportuna y con las condiciones de bioseguridad y conservación adecuadas; 4. Se tramitó la facturación de órdenes de servicio en forma oportuna (laboratorios, ecografías, rayos X, etc.); 5. Se trasladaron los equipos menores, velando por la integridad y seguridad de los mismos; 6. Se trasladaron insumos médico-quirúrgicos desde farmacia al servicio de acuerdo a la necesidad del servicio; 7. Se respondió por el inventario que se le había asignado, utilizando adecuadamente los equipos y elementos suministrados para llevar a cabo su actividad; 8. Se realizó la limpieza y desinfección de los equipos asignados, de acuerdo al Manual; 9. Se considera de forma responsable y respetuosa la relación laboral con compañeros; 10. Se conservó, mantuvo y garantizó la reserva legal de la historia clínica; 11. Se asistirá a las reuniones del grupo funcional y capacitaciones programadas por la entidad, conforme a sus actividades; 13. Se informará daños de equipos o accidentes ocurridos durante el traslado de pacientes; 15. Se trasladaron los pacientes fallecidos a la morgue y se ubicaron en la nevera destinada para tal fin, conservando el cuidado e integridad del paciente; 16. Se realizó traslado de los pacientes a los diferentes exámenes y valoraciones requeridas, en forma oportuna y segura; 19. Se ofreció trato con calidez y calidad al paciente y la familia, brindando una atención humanizada y conservando el respeto por la dignidad humana; 20. Se participó en las actividades de código rojo, código azul, rutas de atención y demás atenciones donde se requirió; 21. Se cumplió con el protocolo de gestión de hemocomponentes de acuerdo a su perfil; 22. Se ejercieron las actividades asignadas de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio; 23. Se portó el carne de identificación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente y se utilizó el uniforme establecido por la institución durante la ejecución de las actividades contractuales; 24. Se cumplió con el diligenciamiento y entrega oportuna de la hoja de ruta; 25. Se dio cumplimiento a guías y protocolos de prevención de infecciones y seguridad del paciente; 26. Se cumplió con protocolos institucionales donde se inclusión recibo y entrega de turno, traslado de paciente y sujeción terapéutica; 27. Se atendió el llamado.

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 86139124	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/06/10	$ 218.900
PENSIÓN:	SIN DATO	2026/06/10	$ 0
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/06/10	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 261.600

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_2300_2026_B54DFB* **MELANIA ALVAREZ LOZANO** **CC: 28893536**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*ANA CELIA GARCIA GARCIA* *PS_2300_2026_B54DFB* **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_2300_2026_B54DFB* **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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		86139124	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$261.600	

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	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	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	218.900	218.900
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	261.600	261.600

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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		86139124	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$261.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenvalo	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	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	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	3	42.700		0	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 2300 2026 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf.pdf (Archivado)	PS 2300 2026 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2300 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 2300 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 2300 2026 CRP -9173.pdf	1 PS 2300 2026 CRP -9173.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2300 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf.pdf	PS 2300 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2300 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 2300 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 2300 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf (Archivado)	PS 2300 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2300 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026 - 1.pdf	PS 2300 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026 - 1.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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:

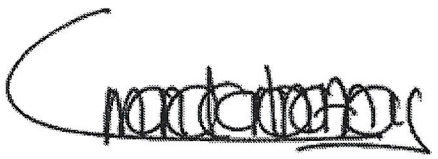
ENTIDAD	DÍAS	VALOR CUOTA
ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES	2306	$7,910,657.00

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