



RESOLUCIÓN No. 063

Moniquirá, Septiembre 04 de 2020.

Por medio del cual se autoriza el pago de prestaciones sociales y cesantías definitivas

El Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital Regional de Moniquirá, en uso de sus facultades legales, estatutarias y en especial las conferidas en el Acuerdo 10 de 2006, la Ley 909 de 2004, el Decreto Departamental Numero 235 de 30 de abril de 2020 y

CONSIDERANDO:

Que la doctora **ERIKA LILIANA SERRANO ORTIZ**, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.075.253.291 expedida en Neiva, culmino su práctica de Medico de Servicio Social Obligatorio Código 550, Grado 12 de la planta de Personal del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. el catorce (14) de julio de 2020; Nombrado por el término de un año mediante Resolución Número 076 de julio once (11) de 2019 y Acta de posesión No. 1019 del quince (15) de julio de 2019, emitidas por la Gerencia del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E.

Que la doctora **ERIKA LILIANA SERRANO ORTIZ**, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.075.253.291 expedida en Neiva, presto el Servicio Social Obligatorio en esta Institución desde el quince (15) de julio de 2019 al catorce (14) de julio de 2020 establecido en el Resolución No. 076 de julio once (11) de 2019.

Que por terminación del vínculo laboral con la doctora **ERIKA LILIANA SERRANO ORTIZ**, estipulado en la Resolución No. 076 de julio once (11) de 2019, es deber del HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E. cancelar las prestaciones sociales a que haya lugar. Qué Para la liquidación de las prestaciones sociales se tiene en cuenta 360 días laborados, el último sueldo mensual devengado de **TRES MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y DOS MIL PESOS (\$3.262.000.00) ML/CTE** y el salario base que consta de los siguientes factores salariales:

Factores Salariales:	MENSUAL	ANUAL
	2019	2019
Sueldo Básico Mensual	3.262.000	39.144.000
Subsidio de Alimentación Mensual	0	0
Auxilio de Transporte Mensual	0	0
Bonificación por Servicios prestados 1/12	95.142	1.141.700
Prima de Servicios 1/12	139.881	1.678.571
Prima de Vacaciones 1/12	145.709	1.748.511
Prima de Navidad 1/12	303.561	3.642.732
TOTAL SALARIO BASE	3.946.293	47.355.514

Que a la doctora **ERIKA LILIANA SERRANO ORTIZ**, se le acreditaron cesantías de ciento sesenta y seis (166) días laborados desde el 15 de julio de 2019 al 30 de diciembre de 2019 al Fondo Nacional del Ahorro el 14 de febrero de 2020 y se consignaron intereses de cesantías a la cuenta personal de la Dra. **ERIKA**



HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E

"COMPROMETIDOS CON SU SALUD"

NIT. 891.800.395-1

RESOLUCIÓN No. 063

Moniquirá, Septiembre 04 de 2020.

LILIANA SERRANO ORTIZ del Banco Davivienda. Que el salario base para la liquidación de las cesantías definitivas del primero (01) de enero de 2020 al catorce (14) de julio de 2020 consta de los siguientes factores salariales:

Factores Salariales:	MENSUAL	ANUAL
	2019	2019
Sueldo Básico Mensual	3.262.000	39.144.000
Subsidio de Alimentación Mensual	0	0
Auxilio de Transporte Mensual	0	0
Bonificación por Servicios prestados 1/12	95.142	1.141.700
Prima de Servicios 1/12	75.380	904.563
Prima de Vacaciones 1/12	145.709	1.748.511
Prima de Navidad 1/12	163.586	1.963.028
Recargos último año	787.438	9.449.256
TOTAL SALARIO BASE	4.529.255	54.351.058

Que se realiza por parte de la E.S.E., la liquidación de las prestaciones sociales y cesantías definitivas a la doctora **ERIKA LILIANA SERRANO ORTIZ**, para proceder a su reconocimiento y pago.

De acuerdo a lo anterior,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Reconocer a favor de la doctora **ERIKA LILIANA SERRANO ORTIZ**, el valor de las siguientes prestaciones sociales:

Vacaciones del periodo del 15/07/2019 al 14/07/2020	2.564.483
Prima de vacaciones	1.748.511
Bonificación por servicios prestados	1.141.700
Bonificación por recreación	217.467
Proporción Prima de Navidad de 194 días laborados	1.963.028
Pago de intereses de cesantías de 194 días	157.836
TOTAL	7.793.025
DESCUENTO RETEFUENTE	497.000
TOTAL A PAGAR	7.296.025

El total a pagar son: **SIETE MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL VEINTICINCO PESOS (\$7.296.025) ML/CTE**, por concepto de liquidación de prestaciones sociales, por el tiempo laborado comprendido entre el quince (15) de julio de 2019 al catorce (14) de julio de 2020.

ARTÍCULO SEGUNDO: Reconocer ciento noventa y cuatro (194) días de cesantías, del primero (01) de enero de 2020 al catorce (14) de julio de 2020 a favor de la doctora **ERIKA LILIANA SERRANO ORTIZ**, por el valor de:

CESANTÍAS

BASE DE LIQUIDACIÓN	4.529.255 X194/ 360	2.440.765
---------------------	---------------------	-----------



HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E

"COMPROMETIDOS CON SU SALUD"

NIT. 891.800.395-1

RESOLUCIÓN No. 063

Moniquirá, Septiembre 04 de 2020.

VALOR CESANTIAS CON CORTE A 14 DE JULIO DE
2020.....

2.440.765

El total a pagar son: **DOS MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA MIL SETECIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS (\$2.440.765) ML/CTE.** por concepto de la liquidación de cesantías de ciento noventa y cuatro (194) días laborados entre el primero (01) de enero de 2020 al catorce (14) de julio de 2020.

ARTÍCULO TERCERO: *Notificar* personalmente el contenido de la presente resolución a la doctora **ERIKA LILIANA SERRANO ORTIZ**, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.075.253.291 expedida en Neiva.

ARTÍCULO CUARTO: *Ordenar* el pago de la presente resolución con los recursos disponibles para la presente vigencia. Remítase copia a Presupuesto para su cumplimiento.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

Dada en Moniquirá, en el Despacho de la Gerencia a los cuatro (04) días del mes de septiembre de dos mil veinte (2.020).


LUIS CARLOS OLARTE CONTRERAS
Gerente

Proyectó y elaboró: MEALY LITH.

VoBo. LAP / Jurídico

Notificación personal:

En la E.S.E. Hospital Regional de Moniquirá, a los cuatro (04) días del mes de septiembre de 2020, notifiqué personalmente el contenido de la Resolución No. 063 de septiembre 04 de 2020 a la doctora **ERIKA LILIANA SERRANO ORTIZ**, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.075.253.291 expedida en Neiva.

El Notificado:

El Notificador:

Firma: _____

Firma: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

C.C. No. _____

C.C. No. _____