

## INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

<b>INFORME No.</b>	7		
<b>FECHA DEL INFORME</b>	<b>DD</b>	<b>MM</b>	<b>AAAA</b>
	06	12	2024

<b>No. DEL CONTRATO Y FECHA</b>
IDRD - CTO – 2655-2024
<b>No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL</b>
2024800701603986E

### 1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	HECTOR JULIO GOMEZ PEREZ	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	9526000	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar sus servicios de apoyo a la gestión como formador del centro de interés de su especialidad para realizar las sesiones de clase asignadas.	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	SEIS (6) MESES Y QUINCE (15) DIAS	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	\$18.616.000	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	13/06/2024	Registre la fecha de inicio del acta
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)		Registre el tiempo, valor y plazo de la prórroga
SUSPENSIONES (solo cuando aplique)	05 AL 14 DE OCTUBRE DE 2024 (10 DIAS) 07/12/2024 al 19/01/2025 (43 días)	Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	20/02/2025	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	DEL 01 AL 06 DE DICIEMBRE DE 2024	Registre las fechas entre las cuales se reportan las actividades

### 2. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

## INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

Enunciar cada una de las obligaciones específicas establecidas en el contrato y describir las actividades realizadas en el período para el cumplimiento de la misma, así como enunciar las evidencias y su ubicación (actas, documentos, planillas, listados, etc.).

Obligaciones específicas	Actividades, evidencias y ubicación
<p><b>Obligación No. 1:</b></p> <p>Planear cada una de las sesiones de clase transversalizando el componente pedagógico y psicosocial del proyecto jornada escolar complementaria implementadas al sistema de información misional (SIM), dentro de los dos (2) primeros días calendario de cada quincena y ejecutar de manera presencial, virtual y/o alternativas las sesiones de clase establecidas por el proyecto, teniendo en cuenta tiempo de sesión, una (1) hora de preparación (acreditada con la planeación de la sesión en el SIM), (2) horas de ejecución presencial y/o virtual previa aprobación del supervisor (se acredita con la asistencia en el SIM), acompañamiento (desplazamientos a los escenarios deportivos cuando sea requerido), adicionalmente según los requerimientos del proyecto, registrar la asistencia y accidentes (en caso que exista) de los estudiantes que participan en cada centro de interés asignado, por cada una de las sesiones máximo doce (12) horas después de ejecutada.</p>	<p><b>AVANCE:</b></p> <p>Para este periodo ya se terminaron las actividades escolares en la IED Moralba Suroriental, en su remplazo se apoyó las actividades de Vacaciones Recreodeportivas IED; en el Parque Ricaurte a donde fui asignado, los días 3 y 6 de diciembre 2024. Para lo mismo se realizaron las planeaciones para el apoyo a la mencionada actividad y se ejecutaron las sesiones de clases transversal izando las orientaciones operativas, pedagógicas y psicosociales establecidas por el Proyecto, con el respectivo acompañamiento a los estudiantes, teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad con el respectivo acompañamiento a los estudiantes.</p> <p>Para este periodo no se presentaron accidentes durante las sesiones de clase.</p> <p><b>EVIDENCIA:</b></p> <p>Planeaciones de las clases de apoyo a las vacaciones recreo deportivas. Material fotográfico</p> <p><b>UBICACIÓN:</b></p> <p>Evidencias en SECOP II numeral 7; Evidencias del informe de diciembre, carpeta obligación No. 1</p>
<p><b>Obligación No. 2:</b></p> <p>Conocer los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma,</p>	<p><b>AVANCE:</b></p> <p>En el momento de iniciar las sesiones de clase siempre se pregunta por las condiciones médicas de los participantes con casos específicos (alergias, asma,</p>

## INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

<p>patologías o lesiones musculoesqueléticas, etc.), y determinar el alcance de las actividades a realizar con los estudiantes, y que alleguen copia de su carné de EPS, el nombre de su acudiente y su número de contacto teniendo esta información permanentemente en su sitio de trabajo en caso de necesitarlo, en el formato establecido.</p>	<p>patologías o lesiones) para tenerse en cuenta en las actividades a realizar.</p> <p><b>EVIDENCIA:</b> Documentos de las certificaciones de la EPS de los estudiantes inscritos en la IED Moralba Suroriental. Listado con la base de datos de los estudiantes.</p> <p><b>UBICACIÓN:</b> Evidencias en SECOP II numeral 7; Evidencias del informe de diciembre, carpeta obligación No. 2</p>
<p><b>Obligación No. 3:</b></p> <p>Identificar y reportar a los estudiantes del centro de interés y/o disciplina deportiva, que cumplen condiciones y parámetros establecidos por el componente de talentos deportivos y remitirlos al formador profesional encargado.</p>	<p><b>AVANCE.</b> En este periodo no se evidenciaron estudiantes con parámetros técnicas exigidas para conformar el grupo de semilleros de Karate. Por ende, no se reportaron estudiantes al componente de talentos deportivos. Se está atento en la detección de talentos y condiciones técnicas para su respectivo reporte a semilleros.</p> <p><b>EVIDENCIA:</b> Copia del correo enviado al Gestor IED.</p> <p><b>UBICACIÓN:</b> Evidencias en SECOP II numeral 7; Evidencias del informe de diciembre, carpeta obligación No. 3</p>
<p><b>Obligación No. 4:</b></p> <p>Asistir, participar y/o apoyar de manera presencial y/o virtual las sesiones de fortalecimiento, las actividades integrales para el desarrollo del proyecto como los intercambios deportivos, mediciones o valoraciones físico-atléticas, acompañamientos institucionales, las sesiones comunitarias, eventos locales,</p>	<p><b>AVANCE:</b></p> <p>Para el presente periodo no se ha programado eventos, intercambios deportivos, valoraciones físico atléticas; en el momento que se programen se asistirá cumplido con las normas de bioseguridad, que deben ser autorizados por la Subdirección Técnica de Recreación y Deportes del IDRD o Dirección General.</p> <p>Para el fortalecimiento de las actividades integrales del desarrollo del proyecto se asiste a las reuniones</p>

## INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

<p>distritales, nacionales o internacionales que le sean programados para el desarrollo de actividades relacionadas con la misión de la entidad, así como el cuidado de la implementación deportiva, el cuidado de los escenarios deportivos y cumplimiento de las normas de bioseguridad, que deben ser autorizados por la Subdirección Técnica de Recreación y Deportes del IDRD o Dirección General.</p>	<p>programadas por el Proyecto Jornada escolar Complementaria IDRD así:</p> <p><b>DICIEMBRE 04:</b> de 08:00am a 10:00am. Reunión Operativa Zonal. 10:00am a 12:00m Reunión Zonal pedagógica.</p> <p><b>EVIDENCIA:</b> Copia del acta. Evidencia fotográfica.</p> <p><b>UBICACIÓN:</b> Evidencias en SECOP II numeral 7; Evidencias del informe de diciembre, carpeta obligación No. 4</p>
<p><b>Obligación No. 5:</b></p> <p>El Contratista adoptará todas las medidas necesarias para evitar cualquier situación de conflicto de intereses conforme con lo estipulado en la resolución 424 de 2021 o las vigentes, “por medio de la cual se adopta la política sobre conflicto de Intereses en el Instituto Distrital de Recreación y Deporte- IDRD. Esta situación se produce cuando, como consecuencia de intereses económicos, profesionales, afinidades políticas o nacionales, vínculos familiares o afectivos, o cualesquiera otros intereses compartidos, se ve comprometida la ejecución imparcial y objetiva del Contrato</p>	<p><b>AVANCE</b></p> <p>Yo como contratista no tengo conflicto de intereses económicos, profesionales, afinidades políticas o nacionales, vínculos familiares o afectivos en el Instituto Distrital de Recreación y Deporte Se adoptarán las medidas para no incurrir en ello para una ejecución imparcial y objetiva del contrato.</p> <p><b>EVIDENCIA:</b> Reporte del SIDEAP documento conflicto de intereses.</p> <p><b>UBICACIÓN:</b> Evidencias en SECOP II numeral 7; Evidencias del informe de diciembre, carpeta obligación No. 5</p>
<p><b>Declaración:</b> Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el período indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.</p>	

## INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

### 3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

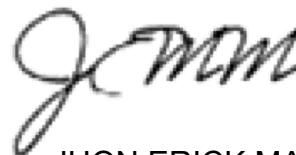
DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	COMPENSAR EPS	\$162.500
PAGO APORTES PENSIÓN	PORVENIR	\$0
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	\$31.700
<b>TOTAL</b>		\$351.800

### 4. ANEXOS (Planilla de pago Seguridad Social, Certificación Cumplimiento Requisitos Tributarios, etc).

**Nota:** Para la entrega del informe correspondiente al último periodo de actividades; es indispensable anexar adicionalmente: el documento expedido por el Almacén General y el Área de Sistemas donde se evidencie que el contratista se encuentra a paz y salvo con la entidad y el medio magnético con las evidencias de las actividades realizadas durante la ejecución contractual.



\_\_\_\_\_  
Firma Contratista



JHON ERICK MATURANA MURILLO  
CC 1030539051

CONCEPTO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:

En el presente lapso, el contratista cumplió con las obligaciones asignadas.



\_\_\_\_\_  
VoBo Supervisor del contrato  
Nombre: William Rene Torres Agudelo  
N° de Identificación: C.C. 80240522  
Cargo: Asesor de Dirección General Código 105  
Grado 01

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO**  
 (Artículos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional )

Conozco que de acuerdo con el Inciso 6 del parágrafo 4 del artículo 1 del Decreto 1070 de 2013, el incumplimiento en la obligación de entregar esta información, ante la Entidad contratante, deberá ser informada a la U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN, con el fin de que la administración tributaria me imponga las sanciones pertinentes.

**De conformidad con la referencia me permito manifestar bajo la gravedad de juramento lo siguiente:**

1	Nombre del Contratista	GOMEZ PEREZ HECTOR JULIO							
2	Identificación	CC	X	CE	Numero	9526000	N° contrato	IDRD- CT0-2655-2024	
3	Responsable del impuesto a las ventas						SI	NO	X
4	Pertenece al Regimen Simple						SI	NO	X
5	Residente en el país (Extranjeros)						SI	NO	
6	Mis ingresos totales en el año gravable 2023, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2023), equivalentes a \$59,376,800						SI	NO	X
7	<b>Valor de los aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social correspondiente al 40% de los ingresos recibidos efectivamente en el MES ANTERIOR provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención.</b>								
	Número de planilla	80333710	Fecha de pago	26/11/2024	Valor pagado	\$ 351.800,00			
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado \$	\$ 162.500,00		Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado \$	\$ -				
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL \$	31.700,00		Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente					
8	<b>Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual</b>								
	AFC \$				Ahorro Voluntario Pensión \$				
9	Intereses en créditos de vivienda de habitación. Certificado expedido por la entidad vigilada por la Superfinanciera que indique el valor de los intereses pagados en el año inmediatamente anterior (2023). Indique el o los titulares del crédito de vivienda. Anexo						SI	NO	X
10	Pago medicina prepagada o planes complementarios de salud (para el titular, cónyuge y hasta dos hijos) Certificado expedido por la entidad vigilada por la Supersalud que indique el valor pagado en el año inmediatamente anterior (2023). Anexo						SI	NO	X
11	<b>DEPENDIENTES: Certifico bajo gravedad de juramento que las personas claramente identificadas con numero de identificación y vínculo de parentesco, las cuales soporto, tienen dependencia económica de mi.</b>								
	De acuerdo al Art. 7 de la ley 2277 del 2022 solo se podra deducir hasta un valor mensual de \$282.390 por cada dependiente económico, y hasta un máximo de cuatro (4) dependientes. Certifico bajo la gravedad de juramento el numero de dependientes ( si no tiene dependientes colocar (0) )							#	0
	a)	Hijos menores de 18 años (entregar registro civil de cada uno). Anexo					SI	NO	X
	b)	Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil de cada uno y recibo de pago de matrícula o certificado de pagos expedidos por la entidad aprobada por el ICFES). Anexo					SI	NO	X
	c)	Hijos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. (entregar registro civil de cada uno y certificado expedido por medicina legal ó EPS). Anexo					SI	NO	X
	d)	Cónyuge o compañero permanente, en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos menores a 260 UVT (2023) \$11.027.120 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar Certificado de medicina legal ó EPS). Anexo					SI	NO	X
	e)	Padres y los hermanos por situación de dependencia sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores a 260 UVT (2023) \$11.027.120 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo					SI	NO	X
12	Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.						SI	NO	X
13	(OPCIONAL) Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una retención en la fuente superior a la establecida en el (parágrafo 3 del Artículo 383 ET), la cual será de:						\$		

Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema de de Seguridad Social en Salud y Pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

**DECLARO QUE LOS SOPORTES ADJUNTOS NO SERAN PRESENTADOS ANTE OTRA ENTIDAD PARA DEPURACION POR LOS MISMOS CONCEPTOS, RESPETANDO LOS TOPES ESTABLECIDOS EN LA NORMA Y CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES QUE IMPIDAN SU APLICACION LO NOTIFICARE DE INMEDIATO.**

Dada en Bogotá D.C. a los:

DD  MM  AA

  
 FIRMA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	9526000	HECTOR JULIO GOMEZ PEREZ		CRA. 21A NO.31F-15SUR	8032647	hejugo12@yahoo.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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	1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	26/11/2024	81881481	\$351.800	

## 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	162.500	157.600		0		0	0	0	0	320.100	2

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	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	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	320.100	320.100
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>2</b>	<b>351.800</b>	<b>351.800</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	9526000	HECTOR JULIO GOMEZ PEREZ		CRA. 21A NO.31F-15SUR	8032647	hejugo12@yahoo.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	1	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	26/11/2024	81881481	\$351.800		

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjugo	Exonerado	Colom. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1013670058	GOMEZ MONTAÑEZ PAULA ALEJANDRA	40	0		N																			0	0	0	0	0	0	EPS008	0	157.600		0		0	0	0	0	0	0	0	0	
2	CC	9526000	GOMEZ PEREZ HECTOR JULIO	59	4		N																			0	0	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

579/

Bogotá D.C., 01 de noviembre 2023

428800002567113

{genero}}

HECTOR JULIO GOMEZ PEREZ  
hejugo12@yahoo.es

Ref.: Rad. Porvenir. N.A.  
Solicitud por pensión de garantía mínima  
CC: 9526000  
T.N. N.A.  
COR - BEN

Reciba un saludo cordial.

En esta oportunidad nos complace comunicarle que su solicitud de pensión de vejez ha sido **APROBADA**, teniendo en cuenta el reconocimiento de la **Garantía de Pensión Mínima de Vejez**, por parte de la Oficina de Bonos Pensionales del Ministerio de Hacienda y Crédito Público - **OBP**, por haber cumplido la edad de pensión y haber cotizado las semanas mínimas requeridas.

A continuación detallamos la información que usted debe conocer y los pasos a seguir:

### 1. ¿Cuál es el valor de la mesada?

Para el año 2023 el valor de la mesada será de \$1,160,000, valor que corresponde a un Salario Mínimo Mensual Legal Vigente

### 2. ¿La mesada tiene algún descuento?

Sí, se aplica un descuento del 4% sobre el valor total de la mesada para el pago de salud, que en su caso corresponde a la suma de \$46,400, es decir que el valor neto que recibirá mensualmente será de \$1,113,600.

Este descuento le permite acceder a los servicios en la Entidad Promotora de Salud (EPS) y se debe aplicar independientemente si usted ya es cotizante a salud como empleado o como beneficiario de algún cotizante, dado que el aporte a salud se hace por la totalidad de los ingresos que usted recibe

### 3. ¿Qué pagos va a recibir a partir de este momento?

Un primer pago que corresponderá al valor reconocido desde Septiembre de 2023, mes de inicio de la garantía de pensión mínima, hasta el primer mes de aprobación de su solicitud, con un descuento por concepto pago de salud con destino al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) como lo establece la norma<sup>1</sup>. Este giro se efectuará al medio de pago reportado en la solicitud de beneficio pensional.

<sup>1</sup>Resolución 2388 de 2016

- A partir del siguiente mes usted ingresará a la nómina de pensionados y recibirá de manera anticipada su mesada del mes en curso, pago que se realizará máximo el día 10 de cada mes. Este valor se ajustará anualmente con base en el incremento del salario mínimo.
- En el mes de noviembre de cada año recibirá la mesada adicional (mesada 13).

#### 4. ¿Quiénes son los beneficiarios de una sustitución pensional?

Es de resaltar que cuando aprobamos la pensión, Porvenir SA determinó el monto de su mesada pensional con los beneficiarios relacionadas por usted en la solicitud de beneficio pensional, cualquier cambio de esta información modifica el valor de la mesada pensional.

Queremos recordarle que es un deber de su parte como Pensionado informarnos sobre cualquier cambio en la composición de su núcleo familiar, lo anterior con el propósito de mantener actualizado sus beneficiarios ante una eventual sustitución de pensión por fallecimiento; previo cumplimiento de requisitos legales <sup>2</sup>.

#### Próximos pasos a realizar

##### 1. Cuenta bancaria para realizar el pago de la mesada:

Si usted tiene una cuenta bancaria y la informó al momento de radicar su solicitud, en esta cuenta le realizaremos el pago de sus mesadas.

Ahora bien en caso de no contar con este medio de pago le invitamos a que realice la apertura de una cuenta bancaria pensional, a continuación le informamos algunos de sus beneficios:

- No tiene cuota de manejo, ni costo por apertura.
- No es necesario tener un saldo mínimo en la cuenta.
- Es opcional el manejo de retiros con tarjeta débito o talonario.
- Además, puede hacer retiros en otras redes y disfrutar de servicios alternos al manejo de la cuenta

Diríjase a cualquiera de las oficinas a nivel nacional del Banco de Bogotá o BBVA, donde debe informar que el pagador de su pensión será Porvenir S.A. a través del Fondo de Retiro Programado con NIT 900.394.960-0 anexando:

- Copia de esta comunicación.
- Copia de su documento de identidad ampliado al 150%.

Una vez realizada la apertura de la cuenta pensional solicite una certificación de la cuenta y entréguela en la Oficina Porvenir más cercana.

##### 2. Afiliación a la EPS

Si usted se encuentra afiliado(a) a una EPS, o al Sisben o es Beneficiario en salud deberá:

- Dirigirse a su EPS y actualizar su afiliación en calidad de pensionado, informando que el pagador de su mesada es el **Fondo de Pensiones Porvenir con NIT 800.224.808** y adjuntando copia de esta comunicación.
- Entregar la copia de la actualización de la afiliación en la Oficina Porvenir más cercana o enviarla por correo certificado.

<sup>2</sup>Artículo 74 Ley 100 de 1993, modificado Art. 13 Ley 797 de 2003.

**La actualización o afiliación a la EPS deberá realizarla los primeros cinco (5) días hábiles del próximo mes, solicitando a la EPS que la vigencia sea a partir del segundo mes posterior a la fecha de generación de esta comunicación.**

Recuerde que si en un futuro, decide trasladarse de EPS, usted debe realizar el anterior procedimiento contando con la aceptación y aprobación de traslado por parte de la Entidad de Salud seleccionada.

La EPS será la encargada de la actualización en la Base de Datos Única de Afiliados Sistema General de Seguridad Social en Salud - (BDUA - SGSSS). Lo anterior garantizará la prestación de sus servicios de salud.

### 3. Cajas de Compensación

Como pensionado tiene la posibilidad de afiliarse<sup>3</sup> de manera voluntaria a la caja de compensación de su preferencia y acceder a los servicios que ofrece, por lo que deberá tener en cuenta los siguientes requisitos:

<p><b>Sin tener que realizar aporte mensual</b></p> <p><b>0%</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Si su mesada pensional es inferior a 1.5 smmlv.</li> <li>✓ Has acreditado 25 años o más en el Sistema General de Cajas de Compensación Familiar</li> </ul>	<p>Puedes acceder a los servicios básicos:</p>  <p>Recreación    Deporte    Cultura    Turismo    Capacitación</p>
<p><b>Realizando un aporte voluntario de manera mensual del 0,6%</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Si su mesada pensional es inferior a 1.5 smmlv.</li> <li>✓ Si su mesada pensional es superior a 1.5 smmlv puede realizar el aporte del 0.6% de forma voluntaria.</li> </ul>	<p>Puedes acceder a los servicios básicos:</p>  <p>Recreación    Deporte    Cultura    Turismo    Capacitación</p> <hr/>  <p>Recreación    Turismo    Capacitación</p>
<p><b>Realizando un aporte voluntario de manera mensual del 2%</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Si su mesada pensional es inferior a 1.5 smmlv.</li> <li>✓ Si su mesada pensional es superior a 1.5 smmlv puede realizar el aporte del 2% de forma voluntaria.</li> </ul>	<p>Puedes acceder a los servicios básicos:</p>  <p>Recreación    Deporte    Cultura    Turismo</p> <p>Capacitación    Otros servicios</p>

<sup>3</sup>Afiliación (...) artículo 57 de la ley 21 de 1982, modificado por el artículo 139 del decreto-ley 019 de 2012, establece que es obligación de las Cajas de Compensación Familiar afiliarse a todo empleador, trabajador independiente y pensionado que lo solicite.

Para afiliarse, acérquese a la Caja de Compensación Familiar de su elección:

- Si desea aportar el 0% adjunte un certificado de semanas cotizadas de la Caja de Compensación donde estuvo afiliado, copia del documento de identidad, copia de esta comunicación y desprendible de pago de la última mesada.
- Si desea aportar el 0,6% o 2%, adjunte copia de su documento de identidad, copia de esta comunicación y desprendible de la última mesada.
- Si estuvo vinculado por más de 1.250 semanas a las cajas de compensación familiar - CCF usted podrá vincularse de manera inmediata a este sistema y disfrutar de todos los beneficios que una CCF le ofrecen como afiliado pensionado<sup>4</sup>.


### Beneficios Pensionados Porvenir

- En el próximo mes adicionalmente recibirá la oferta de valor para nuestros pensionados, con todos los servicios y beneficios a que tendrá derecho.
- También le invitamos a conocer nuestra página de internet [www.porvenir.com.co](http://www.porvenir.com.co) y así conocer nuestros canales de atención digital y de autoservicio.
- Periódicamente publicaremos un Boletín con toda la información actualizada que debe conocer como pensionado.

Nuestro propósito es estar siempre a su lado, por eso Trabajamos día a día de forma incansable para construir un mejor porvenir para todos<sup>567</sup>

Si tiene la necesidad de acudir a nuestras oficinas o las sucursales aliadas, tenga presente tomar siempre las medidas de autocuidado

Cordialmente,



**LEONARDO REINOSO RENGIFO**

Dirección de Pensionados y Pagos

LRR / S.B.P.

C.C. EXP. VS 592383

<sup>4</sup> Vinculación al sistema de CCF de acuerdo con la ley 2225 de 2022

<sup>5</sup> No permita que un tramitador le cobre comisiones y parte de su mesada o devolución de saldos en vano, pues en Porvenir No permita que un tramitador le cobre dinero, los trámites en Porvenir no tienen costo. Si tiene denuncias relacionadas con fraudes, cobros o ética de nuestros empleados, denuncie al 601 7434441 Ext: 77777 en Bogotá o ingresando a [www.porvenir.com.co/web/acerca-de-porvenir/linea-etica](http://www.porvenir.com.co/web/acerca-de-porvenir/linea-etica).

<sup>6</sup> Recuerde su clave de internet es personal e intransferible no la comparta con nadie y cámbiela mínimo 2 veces al año así protegerá sus datos y transacciones, conozca más información en: <https://www.porvenir.com.co/web/seguridad/seguridad-en-internet>.

<sup>7</sup> Nuestros afiliados cuentan con un Defensor del Consumidor Financiero, Dra. Ana María Giraldo Rincón ubicado en la carrera 11A N° 96 - 51 oficina 203 en Bogotá, Teléfono: 601 6108161, [defensoriaporvenir@legalcfc.com](mailto:defensoriaporvenir@legalcfc.com) quien dará trámite a su queja de forma objetiva y gratuita.



## ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

### Resultados de la consulta

#### Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	9526000
NOMBRES	HECTOR JULIO
APELLIDOS	GOMEZ PEREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

JHON ERICK MATURANA MURILLO  
CC 1030539051

#### Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	27/03/2007	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 12/02/2024 21:16:16 | Estación de origen: 2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES”.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

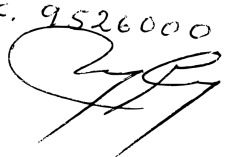
establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

 [IMPRIMIR CERRAR VENTANA](#)

Hector Julio Gomez Perez  
c.c. 9526000  




Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio -> Menú -> Administración de contratos -> Ver contrato

- 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? Si No

Table with 8 columns: Id de pago, Número de factura, Fecha de emisión, Fecha de recepción, Valor total de la factura, Estado, and Detalle. Contains 4 rows of payment data.

Jhon Erick Maturana Murillo signature

JHON ERICK MATURANA MURILLO CC 1030539051

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Table with 5 columns: Descripción, Nombre del archivo, Cargado por, Descargar, and Detalle. Lists various contract documents and their uploaders.

Hector Julio Gomez Perez c.c. 9526000 signature

Borrar | Cargar nuevo