

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			Paula Marcela Trujillo Vela					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		53139050
CORREO ELECTRONICO:			paulatru18@gmail.com			CELULAR:		7520196
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			PIC ENTORNO CUIDADOR EDUCATIVO FONTIBON			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO09K29	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			570008480350316				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		6256				VIGENCIA		2025
NÚMERO DE CDP	2296	FECHA	2025-11-21 15:56:34.000	NÚMERO DE CRP		55323	FECHA	2025-11-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		Profesional Universitario 2						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2025-11-01			2025-11-30	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$4,195,200				
TIPO DE SERVICIOS		PIC		RESERVA DE GLOSA 0%			N/A	
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.								
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO								
CONCEPTO						VALORES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:						\$8,390,400		
VALOR EJECUTADO						\$4,195,200		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$4,195,200		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$4,195,200		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						50%		
El intervisor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE: Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.								
Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC		APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES	
0	\$908,526	\$113,566		\$145,364	3	\$22,132	\$281,062	
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ 52744682 Supervisor								
Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.								
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
"específicas 1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil de profesional, conforme a lo establecido en el anexo N° 6 "Lineamientos Técnicos de la Gestión en Salud Pública –GSP y del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, en concordancia a estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos operativos, anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes."	Se cumple con acciones programadas de acuerdo al perfil profesional en las localidades asignadas para el producto 46	Se presenta formatos de las acciones realizadas teniendo en cuenta la línea técnica en el producto 46 en las localidades asignadas.
2. Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado o por necesidades de abordaje en los territorios	Se realiza participación activa de acuerdo a la programación de líder distrital, local y operativo en los territorios asignados por la subred.	Se presentan formatos de las jornadas programadas según línea técnica en los territorios.
"3.- Desarrollar acciones de control social, fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, agendamiento, atención familiar y o individual, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada"	Se desarrollan acciones de control social, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, atención, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada	Formatos según línea técnica de lineamiento
"4.- Fortalecer grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud"	Se fortalece grupos comunitarios, organizaciones, redes y fortalecer ejercicios de movilización	Formatos según línea técnica de lineamiento
"5.- Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, comités, programadas por la secretaría Distrital de Salud o por la Subred."	Se participa en reuniones programadas por secretaría y subred	Asistencias técnicas, reuniones y fortalecimiento de acuerdo al requerimiento.
"6.- Realizar entrega y actualización del cronograma mensual de actividades, así como de los informes requeridos, productos, bases de datos, aplicativos de la Subred o de la SDS, entre otros, o realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato y o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y o programación de cada una de las líneas de intervención."	Se elabora cronograma mensual de actividades e informes de gestión requeridos	Formatos según línea técnica de lineamiento
"7.- Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, SDS o por entes de control y atender a solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a las mismas"	Se realiza alistamiento de auditoría en las fechas establecidas	Formatos según línea técnica de lineamiento
"8.- Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales."	Se mantiene la imagen institucional	Formatos según línea técnica de lineamiento
"9.- Portar los elementos de identificación institucional de manera adecuada y permanente en la ejecución de las acciones, así como el uso eficiente de los insumos para el desarrollo de la actividad. Cuidar y dar buen uso los equipos y o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio. "	Se porta carnet, chaqueta, vehículos y elementos que identifican a la subred y se mantienen en buen estado.	Formatos según línea técnica de lineamiento
"10.- Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio. "	Se cumple con la gestión documental y calidad de soportes.	Formatos según línea técnica de lineamiento
"11.- Guardar completa confidencialidad de forma indefinida sobre la información y documentos a los cuales tenga acceso y conozca en virtud del desarrollo del objeto contractual y del cumplimiento de sus obligaciones, así mismo, dará cumplimiento a la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente. "	Se guarda confidencialidad de la información y documentos en virtud del objeto contractual y política de protección de datos.	Formatos según línea técnica de lineamiento
"12.- Cumplir con las demás actividades y apoyo que sean requeridas por el supervisor del contrato o quien haga sus veces y estén relacionado con el objeto del mismo."	Se cumple con requerimientos de supervisor de contrato.	Formatos según línea técnica de lineamiento
13 Garantizar que toda la información que intercambien las partes en desarrollo del contrato que las une, es de carácter reservado. El CONTRATISTA se compromete a guardar la más estricta reserva sobre la información del CONTRATANTE y la personal de sus colaboradores, directivos, etc. a que tenga acceso en razón del presente contrato y a no divulgar a terceros o a usar para propósitos distintos del cumplimiento del objeto de este contrato, toda o cualquier parte de la información del CONTRATANTE a que tenga acceso en razón de este Contrato, o que haya sido recibida o averiguada por el CONTRATISTA directa o indirectamente del CONTRATANTE, o de sus colaboradores, directivos, etc., otros contratistas o consultores, contratantes u originada de otra manera y adquirida por el CONTRATISTA, en conexión con o como resultado de la realización de servicios objeto de este contrato. Es objeto especial de este acuerdo de confidencialidad la información de propiedad del CONTRATANTE entre otros, pero sin limitarse estos a los medios escritos, magnéticos, Internet, informes, actas, etc., los cuales no podrán ser revelados, copiados, reenviados, retirados de la E.S.E. La violación de este acuerdo de confidencialidad a juicio de la empresa, será considerada falta grave y causal de terminación contractual imputable al CONTRATISTA	se garantiza que la información suministrada y adquirida en el ejercicio de las actividades realizadas en el presente mes, no se utilizó con propósitos distintos al cumplimiento del presente contrato y cumplen con lo requerido frente a la confidencialidad del dato	Documentos, actas, formatos y demás información suministrada y adquirida en el ejercicio de las actividades realizadas se encuentran en custodia del entorno y/o proceso donde se desarrollaron las actividades del presente mes, cumpliendo con las obligaciones contractuales frente a la confidencialidad del dato.

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

NIT:900.959.048-4

DEBEA:

PAULA MARCELA TRUJILLO VELA

C.C 53139050 DE BOGOTÁ

La suma de 4'195.200 pesos M/Cte, Cuatro millones ciento noventa y cinco mil doscientos pesos, por concepto de servicios como profesional en ingeniería ambiental en el entorno educativo, durante el periodo de 01 al 30 de Noviembre de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6256-2025.



Paula Marcela Trujillo Vela
C.C 53139050 DE Bogotá
CUENTA DE Ahorros banco Davivienda
NUMERO 0570008480350316

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente del 01 al 30 de Noviembre y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



ELIANAYASLEIDY PARDO PARRADO
Apoyo a la supervisión Entorno
INSTITUCIONAL

(Lee las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades	2. Tipo de Afiliación A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De Unión ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	4. Contribución solidaria Si ☐ No ☐
5. Tipo de Afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	6. Tipo de Cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	7. Código (a registrar por la EPS) 03	

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres Primer Apellido: TRUJILLO Segundo Apellido: VELA Primer Nombre: PAULA Segundo Nombre: MARCELA	9. Tipo de documento de Identidad: CC	10. Número del documento de Identidad: 53139050	11. Sexo biológico: Femenino X Masculino	12. Sexo identificación: F X M T NB Otro	13. Nacionalidad: Colombiana
14. Lugar de nacimiento: Bogotá	País: Colombia	Departamento: Bogotá	Municipio: Bogotá	15. Fecha de nacimiento: 27/11/1984	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad Si ☐ No ☐ Categoría de discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN Si ☐ No ☐	20. Clasificación SISBEN Nivel Grupo	21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SUMA	23. Administradora de Pensiones: Fuenav	24. Ingreso base de cotización - IBC: 16780030	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia Dirección: CALLE 17ASUR 5-38 Teléfono Celular: 3212617482 Correo Electrónico: paulatrul8@gmail.com	
Departamento: BOGOTÁ	Municipio / Distrito: BOGOTÁ	Localidad / Comuna: SAN CRISTOBAL	Zona: Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Conyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:	28. Tipo de documento de Identidad	29. Número del documento de Identidad	30. Sexo biológico Femenino Masculino	31. Sexo identificación F M T NB Otro	32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento País: Departamento: Municipio:	34. Fecha de nacimiento				

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

36. Tipo de documento de Identidad	37. Número del documento de Identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino Masculino	40. Sexo identificación F M T NB Otro	41. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Datos complementarios del Beneficiario

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN Si No	48. Clasificación SISBEN Nivel Grupo	49. Discapacidad Si No Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente Si No
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio/ Distrito	Zona Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional a registrar por la EPS
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Departamento	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO			
55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación Dirección			Teléfono fijo o Celular
Correo Electrónico		Departamento	Municipio / Distrito
60. Tipo de Novedad			
☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.			
☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.			
☐ 3. Actualización del documento de identificación.			
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.			
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código			
☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código			
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.			
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.			
☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.			
☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.			
☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.			
☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.			
☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.			
☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado			
☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen			
☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.			
☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante.			
☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.			
☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado.			
☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.			
☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.			

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD				
61. Datos básicos de identificación		Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación
			Femenino Masculino	F M T NB Otro
64. Fecha de nacimiento				
65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones	
	01/11/2021	Código		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES			
☐ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.			
☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.			
☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.			
☐ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.			
☐ 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copias de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.			
☐ 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.			
☐ 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.			
☐ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.			
☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.			
☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.			

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA			
79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

IX. FIRMAS		81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio	
80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional			
[Firma]			

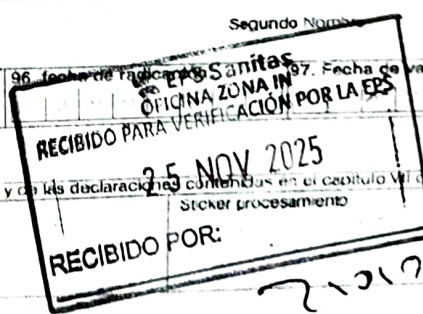
X. ANEXOS		Cantidad de documentos de identidad anexas: CN RC TI CC CE PA CD SC PT	
☐ 82. Anexo copia del documento de identidad			
☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.			
☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.			
☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.			
☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.			
☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.			
☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.			
☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.			
☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.			
☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.		Total Anexos	

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL		93. Nombre de la Institución	
92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL			
94. Apellidos y nombres		Segundo Apellido	Primer Nombre
Primer Apellido			

95. Firma del funcionario		96. Fecha de validación	
[Firma]		25 NOV 2025	

OBSERVACIONES		97. Fecha de validación	
		25 NOV 2025	
Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.		Sticker procesamiento	
Doc. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial		Sello de Radicación	
[Firma]		[Sello]	



Medellín, 27 de noviembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **PAULA MARCELA TRUJILLO VELA** con documento de identidad **C53139050**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2025-11-27	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	RIESGO III	0000000003	3	2.436	EN COBERTURA



• Medellín **604 4444578**
• Bogotá **6014055911**
• Cali **602 3808938**
• Pereira **606 3138400**

• Manizales **606 8811280**
• Bucaramanga **6076917938**
• Cartagena **605 6424938**
• Barranquilla **605 3197938**

Líneas de atención **01 8000 511 414 ó 01 8000 941 414**
Línea de conciliación ARL **3103157562**
segurossura.com.co arlsura.com

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

PAULA MARCELA TRUJILLO VELA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **53.139.050**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.