**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:** | **NORMA MARTINEZ AGUIRRE** | | | **CC:** | **51816618** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **NORCONS871@GMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3124562029** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CALLE 12C 71C 30 INT 9 APTO 701** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **469400002793** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 2923 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 3.484.896** |
| **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** | | | | |

*NORMA MARTINEZ AGUIRRE*
*PS_2923_2025_7FAF67*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**NORMA MARTINEZ AGUIRRE**
**CC: 51816618**
**CEL: 3124562029**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2025-06-09** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **NORMA MARTINEZ AGUIRRE** | | | |
| | **CON C.C N°** | **51.816.618** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 2923 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/01/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 14.389.248 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **186** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 44.067.072 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 3.484.896 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | TRECE (13) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL SAN BLAS | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | ANGELA MARIA MENDOZA MESA | | |

| **ITEM** | **II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | Realice 313 sesiones de Terapia Respiratoria en área hospitalaria |
| 2 | Realice respuesta de (4) interconsulta, brinde atención personalizada y adaptada a las necesidades pacientes, cumpli con los protocolos y guías de atención para garantizar que la atención sea pertinente y efectiva, documente en la historia sesiones de terapia respiratoria de la atención brindada con reporte de lo hecho en la atención. |
| 3 | Conozco y cumplo con las políticas y procedimientos establecidos por la Centro Oriente, incluyendo los reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, conozco y cumplo los roles y responsabilidades asignados de la estructura orgánica de la Subred Centro Oriente, ademas conozco y cumplo la vision y mision de la Subre Centro Oriente. |
| 4 | Se aplicaron 2181 objetivos con un cumplimiento del 99%<br>-Realice 341 Actividades facturables:<br>se atendieron 208 pacientes, 313 terapias, 1gases arteriales, 27 Micronebulizaciones<br>-Realice 246 Actividades NO facturables:<br>207 oximetrias, 5 seguimientos sala era. 5 Toma de muestras respiratorias, 4 respuesta a interconsulta, 23 limpieza y desinfección ventiladores y/o equipos. 9 Educación paciente/familiar. |
| 5 | Realice 9 actividades educativas al paciente o cuidador, documenta los procesos de educación en la historia clínica. |
| 6 | Entrega de informe de producción mensual y objetivos ( 4 de Diciembre 2025), Se subieron evidencias al drive desde el 4 de Diciembre 2025 y se registra a diario el informe de producción. |
| 7 | Realice registro completo y con calidad de 550 Historias clínicas en el aplicativo Dinámica Gerencial) con los establecidos en la resolución 1995 de 1999 y los definidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente. |
| 8 | Garantice la privacidad de la historia clínica del paciente |
| 9 | Asistí a la capacitación del equipo<br>**** Encuesta de percepción y conocimiento de los colaboradores sobre la prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud y la higiene de manos.<br>**** Encuesta sociográfica<br>**** fortalecimiento técnico estrategia Sala Era |
| 10 | 26 Noviembre 2025- Encuesta de percepción y conocimiento de los colaboradores sobre la prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud y la higiene de manos.<br>**** 27 de Noviembre 2025 Encuesta sociográfica<br>****29 de Noviembre 2025 fortalecimiento técnico estrategia Sala Era. |
| 11 | Informe a mi supervisor cambio de turno con fechas y jornadas |
| 12 | Diligencie formatos de limpieza y desinfección |
| 13 | Cumpli con las normas de bioseguridad, lavado de manos, uso de elementos de protección personal, procesos de limpieza y desinfección. |
| 14 | Participé en la reunión seguimiento de sala era 25 de noviembre del 2025. |

| **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° 9496288534 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SANITAS | 2025/12/11 | $ 180.800 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2025/12/11 | $ 0 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2025/12/11 | $ 35.300 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 216.100 |

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** | *NORMA MARTINEZ AGUIRRE*<br>*PS_2923_2025_7FAF67*<br>**NORMA MARTINEZ AGUIRRE**<br>**CC: 51816618** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *ANGELA MARIA MENDOZA MESA*<br>*PS_2923_2025_7FAF67*<br>**ANGELA MARIA MENDOZA MESA**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 51816618 | | MARTINEZ AGUIRRE NORMA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CL 12 C N 71 C 30 9 APTO 701 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 8101379 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-11 | 2025-11 | 1999214388 | 9496288534 | I | 2025/12/04 | 2025/12/11 | BANCO DAVIVIENDA | 7 | $245,100 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $0 | $0 | | | $1,440,000 | $180,000 | | | $1,440,000 | $28,800 | | | $1,440,000 | $35,100 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $0 | $0 | | | $1,440,000 | $180,000 | | | $1,440,000 | $28,800 | | | $1,440,000 | $35,100 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $0 | $0 | | | $1,440,000 | $180,000 | | | $1,440,000 | $28,800 | | | $1,440,000 | $35,100 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 51816618 MARTINEZ NORMA | | 0 | $0 | $0 | EPS005 | 30 | $1,440,000 | $180,000 | CCF24 | 30 | $1,440,000 | $28,800 | 14-11 | 30 | $1,440,000 | $35,100 | 30 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | $0 | $0 | | | $1,440,000 | $180,000 | | | $1,440,000 | $28,800 | | | $1,440,000 | $35,100 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 51816618 | | MARTINEZ AGUIRRE NORMA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CL 12 C N 71 C 30 9 APTO 701 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 8101379 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-11 | 2025-11 | 1999214388 | 9496288534 | I | 2025/12/04 | 2025/12/11 | BANCO DAVIVIENDA | 7 | $245,100 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $35,100 | $200 | $0 | $35,300 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $35,100 | $200 | $0 | $35,300 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $28,800 | $200 | $0 | $29,000 |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 1 | $28,800 | $200 | $0 | $29,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $180,000 | $800 | $0 | $180,800 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $180,000 | $800 | $0 | $180,800 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$243,900** | **$1,200** | **$0** | **$245,100** |

547
Bogotá D.C., 05 de noviembre 2025

4288000006387343

Señora
**NORMA MARTINEZ AGUIRRE**
norcons871@gmail.com

Ref.: Rad. Porvenir. N.A.
Solicitud por pension de garantia minima
CC: 51816618
T.N. N.A.
COR - BEN

Señora **NORMA**, recibe un cordial saludo:

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, 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 2025 el valor de la mesada será de $1,423,500, 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[1], que en su caso corresponde a la suma de $56,940, es decir que el valor neto que recibirá mensualmente será de $1,366,560.

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.

1 Descuentos EPS-Entidades Promotoras de Salud a partir del 2024 - artículo 78 de la Ley 2294 de 2023: Para mesadas de un (1) smmlv el descuento de eps será de 4%, para mesadas mayores a 1smmlv y hasta 3 smmlv el descuento de EPS será de 10% y para mesadas superiores a 3 smmlv el descuento será del 12%. Para pensionados con residencia en el exterior e inactivos en la base única de afiliados de eps (BDUA - ADRES), podrán optar por ser exonerados del descuento de salud. Adicionalmente pensionados con residencia en el exterior requieren de acuerdo con el Decreto 019 de 2012, artículo 22. “Acreditación de la fe de vida (Supervivencia) de connacionales fuera del país. En todos los casos, la fe de vida (supervivencia) de los connacionales es fuera del país, se probará ante las entidades que forman parte del Sistema General de Seguridad Social Integral, cada seis (6) meses. Se podrá acreditar mediante documento expedido por parte de la autoridad del lugar sede donde se encuentre el connacional en el que se evidencie la supervivencia. Los trámites de apostillaje se podrán realizar ante el consulado de la respectiva jurisdicción, a través de medios electronicos o correo postal, conforme a lo establecido en el presente Decreto y en el reglamento que expida el Gobierno Nacional.”

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A.
Gerencia de Mercadeo junio/24 /v:1.0

Grupo AVAL Filial de

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

- Dentro de los próximos 10 días se realizará el primer pago que corresponderá al valor reconocido desde Agosto de 2025, 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[2]. Este giro se efectuará al medio de pago reportado en la solicitud de beneficio pensional.

- 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 eventuales 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 relacionados 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[3].

**Próximos pasos a realizar**

**1. Cuenta bancaria pensional para realizar el pago de la mesada anticipada:** Si usted tiene una cuenta bancaria pensional 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, **es necesario que solicite abrir una cuenta bancaria pensional**, para esto, puede acercarse a cualquiera de las sucursales de los siguientes bancos o visitar sus páginas web:

- **Banco BBVA, Banco Davivienda, Banco de Bogotá, Banco de Occidente o Banco Popular**

En donde solicitara la apertura de su cuenta pensional especificando que el pagador de su pensión es Porvenir S.A, Fondo de Retiro Programado con **NIT 900.394.960-0.**

**¡Recuerde!** Debe adjuntar una copia de esta comunicación junto con una fotocopia ampliada de su documento de identidad para completar el proceso de apertura de la cuenta.

2 Resolución 2388 de 2016

3Artículo 74 Ley 100 de 1993, modificado Art. 13 Ley 797 de 2003.

**Beneficios al abrir su cuenta pensional**

- Manejo seguro y sencillo de su mesada pensional.
- Sin cuota de manejo ni costo de apertura.
- No se requiere saldo mínimo en la cuenta.
- Opción de elegir entre retiro mediante tarjeta débito o talonario.
- Flexibilidad para realizar retiros en otras redes y acceder a servicios adicionales relacionados con la gestión de la cuenta.

**¡No olvide!** Cuando haya completado la apertura de su cuenta pensional, le recomendamos obtener **una certificación bancaria** y visitar una de nuestras Oficinas Porvenir. Allí podrá actualizar sus datos y asegurar el pago de su mesada pensional anticipada.

**2. Afiliación a la EPS:**

Si usted se encuentra afiliado(a) a una EPS, o al Sisbén 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.

**La actualización o afiliación a la EPS deberá realizarla los primeros cinco (5) días hábiles del próximo mes, solicitando al Asesor de la EPS que la vigencia sea a partir del mes siguiente al ingreso de la nómina como pensionado**.

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.

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A.
Gerencia de Mercadeo octubre / 18/v1.0

**3. Cajas de Compensación:**

Como pensionado tiene la posibilidad de afiliarse[4] a las cajas de compensación y acceder a los servicios que ofrecen, deberá tener en cuenta los siguientes requisitos:

| Afiliación con 0% de Cotización | Servicios de la Caja de Compensación a los que pueden acceder |
|---|---|
| Pensionados ingresos **1 a 1.5 SMMLV** | Recreación, Deporte, Cultura |
| Pensionados con **25 años de cotización** al sistema general de cajas de compensación | Recreación, Capacitación, Turismo |

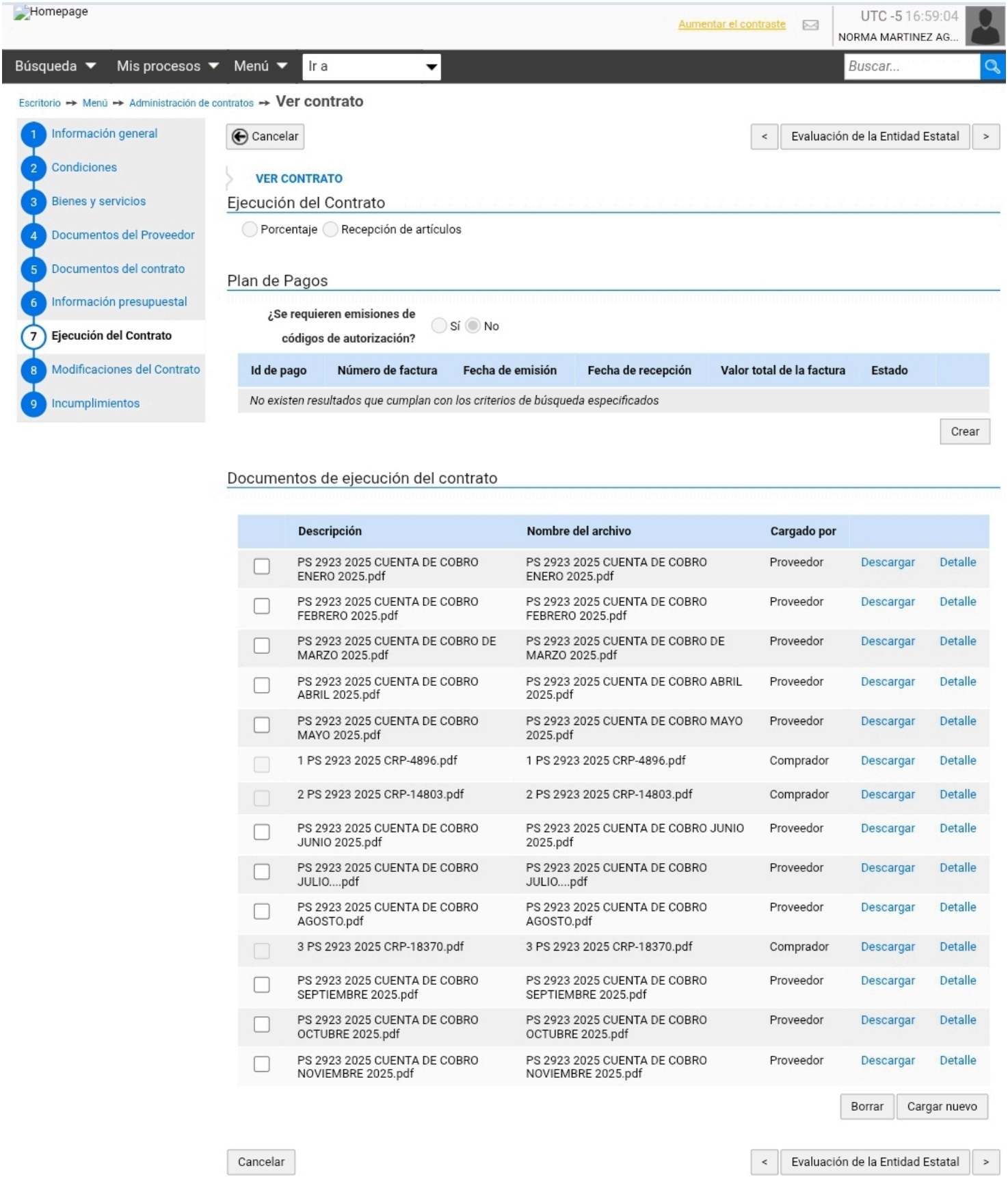
| Aporte Voluntario | de 1 a 1.5 SMMLV | > 1.5 SMMLV |
|---|---|---|
| **0.6%** de cotización | Turismo, Capacitación | Recreación, Turismo, Capacitación |
| **2%** de cotización | **Todos los servicios que tienen derecho los trabajadores activos, excepto la cuota monetaria.** | |

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[5].

4 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 afiliar a todo empleador, trabajador independiente y pensionado que lo solicite. La afiliación de los pensionados en las Cajas de Compensación Familiar está regulada en el artículo 6 de la Ley 71 de 1988, modificado por la ley 1643 de 2013 y reglamentado por el Decreto 867 de 2014, compilado en la sección 2 del Capítulo 3 del Título 7 del Decreto Único Reglamentario de Sector Trabajo (DURTS) 1072 de 2015.

5Vinculación al sistema de CCF de acuerdo con la ley 2225 de 2022


Homepage
Aumentar el contraste
UTC -5 16:59:04
NORMA MARTINEZ AG...
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
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 2923 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
PS 2923 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf
PS 2923 2025 CUENTA DE COBRO DE MARZO 2025.pdf
PS 2923 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf
PS 2923 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf
1 PS 2923 2025 CRP-4896.pdf
Comprador
2 PS 2923 2025 CRP-14803.pdf
PS 2923 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf
PS 2923 2025 CUENTA DE COBRO JULIO....pdf
PS 2923 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf
3 PS 2923 2025 CRP-18370.pdf
PS 2923 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf
PS 2923 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf
PS 2923 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >