

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.****INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS****DATOS DEL INFORME**

| | | | | | | | |
|------------------------------|------------------------|----------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|----------------------|---|--------|
| Periodo a Certificar: | Desde: | 2026-02-01 | Hasta: | 2026-02-28 | | | |
| Nombre Contratista: | del | MARIA MAGDALENA RAMIREZ SANCHEZ | Número de Documento: | 41794724 | | | |
| Correo Electrónico: | supermagui@hotmail.com | | Número Telefónico: | 3138329772 | | | |
| Nombre Supervisor: | del | SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ | Cargo: | ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27 | Código Grado: | - | 242-27 |

DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|------|------------------------------|-----|
| No. Contrato: | 1966-2026 | Año Contrato: | 2026 | CDP Contrato Inicial: | 295 |
| Perfil: | ODONTOLOGO ESPECIALISTA - ENDODONCIA | | | | |
| Dirección a la que Pertenece: | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | | | | |
| Unidad de Servicios: | USS MEISSEN | | | | |

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procentaje(%) Centro de Costos |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| E07ME | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | USS MEISSEN | 36 | 6 | 47207 | \$1982694 | 70% |
| E07VB | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | USS VISTA HERMOSA | 24 | 0 | 47207 | \$1132968 | 40% |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 3115662 | TRES MILLONES CIENTOQUINCE MIL SEISCIENTOS SESENTA Y DOSPESOS | | | | | |

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | |
|--|----------------------------|--|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato | 2026-02-01 | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2026-06-30 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar | |
| 1 | FEBRERO | \$ 3115662 | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| \$ 14162100 | \$ 14162100 | \$ 3115662 | \$ 11046438 |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|--|--|--|
| 1 | Desarrollar actividades asistenciales especializadas en cirugía maxilofacial, conforme a su perfil profesional, aplicando los principios de la Lex Artis, cuando sea requerido por LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., en observancia del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y demás normas que regulan la materia. | -PRESTACION DE ACTIVIDADES DE ACUERDO A LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DESARROLLADOS DURANTE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR LA SUB RED SUR | - -HISTORIAS CLÍNICAS EN DINÁMICAS Y RIPS |
| 2 | Desarrollar su actuación profesional en coherencia con el modelo de atención institucional, aplicando los lineamientos técnicos y clínicos adoptados por la Entidad, dentro del marco de su autonomía técnica y científica. | ---PRESTACION DE ACTIVIDADES DE ACUERDO A LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DESARROLLADOS DURANTE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR LA SUB RED SUR -HISTORIAS CLÍNICAS E - | HISTORIAS CLÍNICAS EN DINÁMICAS RIPS-- |
| 3 | Realizar valoraciones especializadas, emitir diagnósticos y definir planes de tratamiento en cirugía maxilofacial, acordes con la condición clínica del usuario, efectuando el seguimiento correspondiente cuando aplique, hasta su egreso y/o control ambulatorio. | ---PRESTACION DE ACTIVIDADES DE ACUERDO A LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DESARROLLADOS DURANTE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR LA SUB RED SUR | - -HISTORIAS CLÍNICAS EN DINÁMICAS- |
| 4 | Ejecutar acciones de información, educación y comunicación en salud oral y maxilofacial, orientadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento del autocuidado, dirigidas a usuarios, familias y comunidad, conforme a los lineamientos técnicos y normativos vigentes. | ---HACER FORMATOS DE ACTIVIDADES DIARIAS Y DILENCIAR LAS HISTORIA CLINICAS CORRECTAMENTE - | HISTORIA CLINICAS Y FORMATOS DE ACTIVIDADES--- |
| 5 | Participar en la elaboración, actualización y/o ajuste de formatos, protocolos, guías y procedimientos relacionados con la atención maxilofacial especializada, así como aplicar los mismos en el desarrollo de las actividades contratadas, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado y el uso de herramientas del Sistema de Salud como MIPRES, cuando a ello haya lugar, observando las normas universales de bioseguridad, ética y seguridad del paciente. | ---Diligenciar la historia clinica de acuerdo a la normatividad establecida por la Suberedsur - | -HISTORIAS CLÍNICAS-- |
| 6 | Registrar de manera oportuna y adecuada la información derivada de los actos odontológicos especializados y procedimientos maxilofaciales realizados, en la historia clínica institucional, garantizando que dicha información sea veraz, clara, legible, secuencial y completa, conforme a los criterios establecidos en la Resolución 1995 de 1999, Resolución 839 de 2017 y las normas que las modifiquen o sustituyan. | ---DIRECCIONAR AL PACIENTE A LOS DIFERENTES SERVICIOS PRESTADOS POR LA SUBREDSUR. | - -HISTORIAS CLÍNICAS FORMATO DE ACTIVIDADES- |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|--|--|---|
| 7 | Articular insumos técnicos que contribuyan a resultados adecuados en procesos de auditoría asistencial, relacionados con la adherencia a guías de práctica clínica y la calidad del registro clínico, de conformidad con los estándares institucionales y normativos aplicables. | --HACER FORMATOS DE ACTIVIDADES DIARIAS Y DILEGENCIAR LAS HISTORIAS CLINICAS CORRECTAMENTE | --HISTORIAS CLÍNICAS FORMATO Y ACTIVIDADES- |
| 8 | Contribuir al logro de los objetivos institucionales asociados a la atención resolutiva en cirugía maxilofacial, mediante el desarrollo de las actividades propias del objeto contractual, sin que ello implique la imposición de metas individuales rígidas ni subordinación funcional. | --PRESTACION DE ACTIVIDADES DE ACUERDO A LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DESARROLLADOS DURANTE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR LA SUB RED SUR. - | -HISTORIAS CLÍNICAS FORMATO DE ACTIVIDADES Y PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL - |
| 9 | Contribuir a la identificación, caracterización, orientación, seguimiento y canalización de usuarios hacia las diferentes rutas integrales de atención en salud, así como al suministro de información necesaria para la trazabilidad y seguimiento de indicadores asociados a los procesos asistenciales especializados, a través de productos e informes periódicos. | ---Diligenciar la historia clínica de acuerdo a la normatividad establecida por la Subredsur | --HISTORIAS CLÍNICAS EN DINÁMICA- |
| 10 | articular su actuación profesional con los equipos misionales de la Entidad, con el fin de favorecer el manejo integral del usuario, conforme a la normatividad legal vigente, sin que dicha coordinación implique subordinación laboral ni dependencia jerárquica. | -HACER FORMATOS DE ACTIVIDADES DIARIAS Y DILEGENCIAR LAS HISTORIAS CLINICAS CORRECTAMENTE | --HISTORIA CLINICAS Y FORMATOS DE ACTIVIDADES- |
| 11 | Aportar soporte técnico y asistencial en los procesos de habilitación, acreditación y certificaciones institucionales, cuando resulte pertinente y esté directamente relacionado con el objeto contractual. | -PRESTACION DE ACTIVIDADES DE ACUERDO A LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DESARROLLADOS DURANTE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR LA SUB RED SUR | --- HISTORIAS CLÍNICAS EN DINÁMICAS- |
| 12 | Desarrollar otras actividades propias de su perfil profesional especializado, relacionadas con la cirugía maxilofacial, que guarden relación directa con el objeto contractual y contribuyan al fortalecimiento de los procesos misionales de la Entidad. | -PRESTACION DE ACTIVIDADES DE ACUERDO A LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DESARROLLADOS DURANTE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR LA SUB RED SUR S | --HISTORIAS CLÍNICAS EN DINÁMICAS Y RIP |

| INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | |
|--|------------------|---------------|----------------|---|----------------------------|-----------------------------|---|------------------|
| Periodo al que corresponde el pago | | Fecha de Pago | | | Número de Planilla | Factura Electrónica | Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior | \$ 2232480 |
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 9498341693 | - | | |
| 2026 | ENERO | 2026 | 02 | 11 | | | Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | |
| Item | | | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado | |
| Pensionado | | | | SI | PORVENIR | \$ 1750905 | \$ 280145 | \$ 0 |
| Salud | | | | | SÁNTAS | | \$ 218863 | \$ 218900 |
| ARL | | | | 3 | SURA | | \$ 42652 | \$ 42700 |
| Caja de Compensación | | | | NO | | Total | \$ 508148 | \$ 261600 |
| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | | | | |
| Entidad Bancaria | BANCOLOMBIA S.A. | | Tipo de Cuenta | AHORROS | | Número de Cuenta | 66937063858 | |
| HISTÓRICO | | | | | | | | |
| OBSERVACIÓN | | | | USUARIO | | FECHA | | |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | | | | MARIA MAGDALENA RAMIREZ SANCHEZ | | 2026-02-24 08:29:52 | | |
| RECHAZADO SUPERVISOR | | | | SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ | | 2026-02-24 09:31:19 | | |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | | | | MARIA MAGDALENA RAMIREZ SANCHEZ | | 2026-02-24 11:41:08 | | |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | | | | SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ | | 2026-02-24 21:34:55 | | |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | | | | EVELYN XIMENA SASTRE PINEDA | | 2026-02-26 15:03:04 | | |
| INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA | | | | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | | 2026-03-11 11:52:03 | | |

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ
ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27



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? 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 | | |
|--------------------------|--|--|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | CTO 3279 ENERO 2025 USS MEISSEN.pdf | CTO 3279 ENERO 2025 USS MEISSEN.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | CTO 3279 FEBRERO 2025 MEISSEN.pdf | CTO 3279 FEBRERO 2025 MEISSEN.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | CTO 3279 MARZO 2025 MEISSEN.pdf | CTO 3279 MARZO 2025 MEISSEN.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | CTO 3279 ABRIL USS MEISSEN 2025.pdf | CTO 3279 ABRIL USS MEISSEN 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Datos guardados

| | | | | | |
|--------------------------|--|--|-----------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | CTO 3279 MAYO2025 USS MEISSEN.pdf | CTO 3279 MAYO2025 USS MEISSEN.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | CTO 3279 JUNIO 2025 CAPS TUNAL.pdf | CTO 3279 JUNIO 2025 CAPS TUNAL.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | CTO 3279 JULIO 2025 USS MEISSEN.pdf | CTO 3279 JULIO 2025 USS MEISSEN.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | CTO 3279 USS MEISSEN AGOSTO 2025.pdf | CTO 3279 USS MEISSEN AGOSTO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | CTO 3279 USMEISSEN OCTUBRE 2025.pdf | CTO 3279 USMEISSEN OCTUBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | CTO 3279 USS MEISSEN NOVIEMBRE 2025.pdf | CTO 3279 USS MEISSEN NOVIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | CTO 3279 MEISSEN DICIEMBRE 2025.pdf | CTO 3279 MEISSEN DICIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | CTO 3279 MEISSEN ENERO 2026.pdf | CTO 3279 MEISSEN ENERO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar

Cargar nuevo

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|-------------------------------|----|---------------------------------|-----------------|--------------------|------------------------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 41794724 | | RAMIREZ SANCHEZ MARIA MAGDALENA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | trav 39 38 b 54 sur brr santa rita | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7202609 | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---------|----------|------------|----------|------------|------------|-------------|-----------|-----------|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | |
| 2026-01 | 2026-01 | 53161977 | 9498341693 | I | 2026/02/06 | 2026/02/11 | BANCOLOMBIA | 5 | \$262,500 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------------|----------|---------------|--------|---------|-----|--------|--------|-------------|-------------|-----------|--------|------|-----|-------------|----------|------|-------------|----------|---------|-----|--------|--|--|--------------|--|--|--|--|
| EMPLEADO | | | | | PENSION | | | | | SALUD | | | | | CCF | | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
| No. | Identificación | Nombres | | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte | | | | | | | |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | \$0 | \$0 | | | \$1,750,905 | \$218,900 | | | \$0 | \$0 | \$1,750,905 | \$42,700 | | | \$0 | \$0 | | | | | | | | | |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | \$0 | \$0 | | | \$1,750,905 | \$218,900 | | | \$0 | \$0 | \$1,750,905 | \$42,700 | | | \$0 | \$0 | | | | | | | | | |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | \$0 | \$0 | | | \$1,750,905 | \$218,900 | | | \$0 | \$0 | \$1,750,905 | \$42,700 | | | \$0 | \$0 | | | | | | | | | |
| 1 | CC | 41794724 | RAMIREZ MARIA | | 0 | \$0 | \$0 | EPS005 | 30 | \$1,750,905 | \$218,900 | | 0 | \$0 | \$0 | 14-11 | 30 | \$1,750,905 | \$42,700 | 0 | \$0 | \$0 | | | | | | | |
| Total | Afiliados(1) | | | | \$0 | \$0 | | | \$1,750,905 | \$218,900 | | | \$0 | \$0 | \$1,750,905 | \$42,700 | | | \$0 | \$0 | | | | | | | | | |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|-------------------------------|----|---------------------------------|-----------------|--------------------|------------------------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 41794724 | | RAMIREZ SANCHEZ MARIA MAGDALENA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | trav 39 38 b 54 sur brr santa rita | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7202609 | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|-------|----------|------------|----------|------------|------------|-------------|-----------|-------|-----------|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor | |
| 2026-01 | | 53161977 | 9498341693 | I | 2026/02/06 | 2026/02/11 | BANCOLOMBIA | | 5 | \$262,500 |

| RESUMEN DE PAGO | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|-------------------|----------------|------------------------|------------------|--|
| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR | |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$42,700 | \$200 | \$0 | \$42,900 | |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | \$42,700 | \$200 | \$0 | \$42,900 | |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$218,900 | \$700 | \$0 | \$219,600 | |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | \$218,900 | \$700 | \$0 | \$219,600 | |
| TOTAL | | | | 1 | \$261,600 | \$900 | \$0 | \$262,500 | |



579/

Bogotá D.C., 01 de abril 2024

4288000003125084

Señora

MARIA MAGDALENA RAMIREZ SANCHEZ

supermagui@hotmail.com

Ref.: Rad. Porvenir. N.A.

Solicitud por pensión de garantía mínima

CC: 41794724

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 2024 el valor de la mesada será de \$1,300,000, 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 \$52,000, es decir que el valor neto que recibirá mensualmente será de \$1,248,000.

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 Abril de 2024, 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 norma¹. 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?

Las personas que al momento de realizar la solicitud de sustitución de pensión acrediten el cumplimiento requisitos para ser beneficiarios de la sustitución pensional².

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.

1. Resolución 2388 de 2016.

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

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 adjuntar copia de esta comunicación.
- Entregar la copia de la actualización de la afiliación en la Oficina Porvenir más cercana.

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, debe informarnos su traslado de forma oportuna en la Oficina Porvenir más cercana, anexando la constancia de aceptación y aprobación de traslado por parte de la EPS; lo anterior garantizará la prestación de sus servicios de salud.

3. Cajas de Compensación

Como pensionado tiene la posibilidad de afiliarse³ 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>Sin tener que realizar aporte mensual</p> <p>0%</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Si su mesada pensional es inferior a 1.5 smmlv. ✓ Has acreditado 25 años o más en el Sistema General de Cajas de Compensación Familiar | <p>Puedes acceder a los servicios básicos:</p>  <p>Recreación Deporte Cultura Turismo Capacitación</p> |
| <p>Realizando un aporte voluntario de manera mensual del 0,6%</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Si su mesada pensional es inferior a 1.5 smmlv. ✓ Si su mesada pensional es superior a 1.5 smmlv puede realizar el aporte del 0.6% de forma voluntaria. | <p>Puedes acceder a los servicios básicos:</p>  <p>Recreación Deporte Cultura Turismo Capacitación</p> <hr/>  <p>Recreación Turismo Capacitación</p> |
| <p>Realizando un aporte voluntario de manera mensual del 2%</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Si su mesada pensional es inferior a 1.5 smmlv. ✓ Si su mesada pensional es superior a 1.5 smmlv puede realizar el aporte del 2% de forma voluntaria. | <p>Puedes acceder a los servicios básicos:</p>  <p>Recreación Deporte Cultura Turismo</p>  <p>Capacitación Otros servicios</p> |

3. 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.

