

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

Periodo a Certificar:	Desde:	2026-03-01	Hasta:	2026-03-31			
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	24	0	47207	\$1132968	40%
E07VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS VISTA HERMOSA	36	0	47207	\$1699452	60%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2832420	DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS VEINTEPESOS					

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	
2	MARZO	\$ 2832420	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 14162100	\$ 14162100	\$ 5948082	\$ 8214018
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	

<p>1</p>	<p>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.</p>	<p>--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 DILEGENCIAR 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 clínica de acuerdo a la normatividad establecida por la Subredsur - - 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- 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 HISTORIA CLINICAS CORRECTAMENTE -- HISTORIAS CLÍNICAS FORMATO Y ACTIVIDADES- 8 Contribuir al logro de los objetivos institucionales asociados a la atención resolutive en cirugía maxilofacial, mediante el desarrollo de las actividades propias del objeto contractual, sin que ello implique la imposición de</p>	<p>--HISTORIAS CLÍNICAS EN DINÁMICAS Y RIP</p>
----------	---	---	--

Carrera No. 4 Individuales --- Cédula para: subred 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

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 DILEGENCIAR 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
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 HISTORIA 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 -	-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 Suberedsur --	-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 CLÍNICAS CORRECTAMENTE -	--HISTORIA CLÍNICAS 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	\$ 3115662
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2026	FEBRERO	2026	03	06	9500061156	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES CIENTOQUINCE MIL SEISCIENTOS SESENTA Y DOSPESOS			
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		2026-03-19 17:36:12			
ACEPTADO SUPERVISIÓN			SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ		2026-03-20 17:08:54			
ACEPTADO CONTRATACIÓN			MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2026-03-24 13:31:25			
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		2026-04-13 17:00:24			

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



- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveed...
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 **Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contr...
- 9 Incumplimientos

✓ Datos guardados

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
<i>No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados</i>					

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> CTO 1966 MEISSEN ENERO 2026.pdf (Archivado)	CTO 1966 MEISSEN ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> diploma sideap mr.pdf	diploma sideap mr.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTO 1699 febrero 2026 Uss meissen.pdf	CTO 1699 febrero 2026 Uss meissen.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

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	Valor
2026-02	2026-02	117212277	9500061156	I	2026/03/06	2026/03/06	BANCOLOMBIA	0	\$261,600

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	\$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	
2026-02	2026-02	117212277	9500061156	I	2026/03/06	2026/03/06	BANCOLOMBIA	0	\$261,600	

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

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:



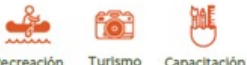


- Dirigirse a su EPS y actualizar su afiliación en calidad de pensionado, informando que el pagador de su mesada es el **Fondo de Pensiones Porvenir con NIT 800.224.808** y adjuntar copia de esta comunicación.
- Entregar la copia de la actualización de la afiliación en la Oficina Porvenir más cercana.

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.

UaWyI5fWic



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Certifica que:

MARIA MAGDALENA RAMIREZ SANCHEZ

41794724

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

ADMINISTRACION DEL RIESGO

con una intensidad horaria de 08 horas.

Para constancia se expide:

19 de marzo de 2026