

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	NELLY PEREA FLOREZ		CC:	26339725	
CORREO ELECTRÓNICO:	NELLYPEREAFLOREZ@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3192967215	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 14K 138C 39 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	004870471143

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 7564 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.358.000
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/10	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/07/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



NELLY PEREA FLOREZ
PS_7564_2025_0A6941

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

NELLY PEREA FLOREZ

CC: 26339725

CEL: 3192967215

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

NELLY PEREA FLOREZ

CON C.C N°

26.339.725

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO COMO GESTOR ETNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 7564 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/10/10
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.767.627	No. HORAS EJECUTADAS	180
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 32.264.427	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.358.000
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS DIEZ (10) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO

NOMBRE DEL SUPERVISOR: LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)

- | ITEM | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
|------|---|
| 1 | 1. PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.
1.1 Actividad: Ejecución de visitas y acciones extramurales según cronograma.
1.2 Evidencia: Registro diario de actividades y reporte firmado por el equipo. |
| 2 | 2. PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, ADICIONALMENTE CON LA FINALIZACION DEL MES SE DEBE ENTREGAR UN INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCION DE SUS ACTIVIDADES.
2.1 Actividad: realicé elaboración de cronograma y de informe mensual de actividades.
2.2 Evidencia: Cronograma enviado y acta de recibido del informe. |
| 3 | 3. APOYAR LA PRESTACION DE SERVICIOS EN EL DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, PRESENTANDO LA INFORMACION Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.
3.1 Actividad: Realicé entrega de soportes técnicos requeridos por el convenio, según mis actividades.
3.2 Evidencia: Carpeta digital y física con soportes completos y validados. |
| 4 | 4. APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACION Y ACREDITACION DE SERVICIOS DE SALUD EN EL CONVENIO MAS BIENESTAR.
4.1 Actividad: Participé en reuniones para cumplimiento de estándares de habilitación y acreditación.
4.2 Evidencia: Lista de asistencia y reportes de mejora implementada. |
| 5 | 5. REALIZAR APROPIACION CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.
5.1 Actividad: Durante este periodo realicé revisión de las fichas técnicas para cumplimiento de mis actividades con calidad.
5.2 Evidencia: se aplicó para lograr la calidad en cada uno de los productos. |
| 6 | 6. DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TECNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL, EN FUNCION DE LOS REQUERIMIENTOS PROCESOS TRANSVERSALES.
6.1 Actividad: asistí a comités del cuidado y asistencia técnica de referente de políticas NARP.
6.2 Evidencia: Listados de asistencias técnica realizada y actas de las mismas. |
| 7 | 7. REALIZAR LA REVISION, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.
7.1 Actividad: Realicé alistamiento para la auditoria de abril y mayo, y pre crítica de los productos entregados durante el mes de mayo.
7.2 Evidencia: Formatos entregados sin inconsistencias, con sello de recibido y listados de asistencia. |
| 8 | 8. PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO.
8.1 Actividad: Realicé gestiones para actividades de apechonneria en mártires y Santa Fe.
8.2 Evidencia: Actas de reunión y registro fotográfico. |

9	<p>9. ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES.</p> <p>9.1Actividad: Para este mes no se presentaron eventos de interés en salud pública durante mis intervenciones en las familias o espacios colectivos.</p> <p>9.2Evidencia: No hay formatos o evidencias, debido a que no hubieron eventos.</p>
10	<p>10. PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TECNICAS CONVOCADAS POR SDS DE ACUERDO CON LOS PROCESOS ASIGNADOS Y CONFORME A LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.</p> <p>10.1Actividad: Asistencia a capacitaciones y reuniones convocadas por SDS.</p> <p>10.2Evidencia: listado de asistencia y actas de las actividades.</p>
11	<p>11. ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACION GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCION DOCUMENTAL.</p> <p>11.1Actividad: Realicé proceso de gestión documental.</p> <p>11.2Evidencia: Archivo físico organizado en cajas y verificado.</p>
12	<p>12. REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISION.</p> <p>12.1Actividad: Realicé 8 sesiones de técnicas de curación ancestral en el espacio kilombo Aroni.</p> <p>12.2Evidencia: Listados de firmas de asistentes, actas de la sesión y cargue de información con calidad en aplicativo GITAPPS.</p>
13	<p>13. DIFUNDIR ESTRATEGIAS DE EDUCACION EN SALUD CON ENFOQUE DIFERENCIAL ETNICO PARA EL CUIDADO DE LA COMUNIDAD.</p> <p>13.1Actividad: Realicé aporte desde la sabiduría ancestral para seguimiento a la piza comunicativa.</p> <p>13.2Evidencia: Acta de reunión de creación de contenido diferencial y listado de asistencia.</p>
14	<p>14. GESTIONAR CASOS SOCIALES O EN SALUD.</p> <p>14.1 Actividad: Realicé acompañamiento integral a las familias o usuarios que asisten al kilombo y realicé articulación con oferta institucional según necesidades.</p> <p>14.2Evidencia: Registro de casos atendidos y remisiones efectuadas en formato de gestiones.</p>
15	<p>15. IDENTIFICACION Y ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS PRIORIZADAS (OFERTA DE SERVICIOS DISTRITALES).</p> <p>15.1Actividad: Realicé acta de compra, entrega y transformación de insumos ancestrales, 11 caracterizaciones de planes de bienestar, 14 seguimientos y 2 cierres a planes de bienestar a familias del kilombo Aroni.</p> <p>15.2Evidencia: Listados de firmas de familias y cargue de información con calidad en aplicativo GITAPPS.</p>
16	<p>16. FORTALECIMIENTO DE ENLACES DIRECTOS DE COMUNICACION CON LOS ACTORES ESTRATEGICOS (SECTORES-COMUNIDAD Y LÍDERES).</p> <p>16.1Actividad: Mantuve contacto permanente con líderes comunitarios y entidades de la localidad de los Mártires y Santa fe para búsqueda de familias y realizar ayudas a los usuarios.</p> <p>16.2Evidencia: Actas de reuniones con listado de firma y compromisos.</p>
17	<p>17. APOYO A PERFILES ANCESTRALES.</p> <p>17.1Actividad: Realicé articulación con sabedora ancestral para acciones comunitarias.</p> <p>17.2Evidencia: Registro fotográfico de actividades, actas y listados de asistencia.</p>
18	<p>18. ARTICULACION CON LÍDERES LOCALES PARA IDENTIFICACION DE NUEVAS FAMILIAS.</p> <p>18.1Actividad: Realicé reuniones con líderes locales para obtener base de familias en las localidades de Los Mártires y Santa Fe.</p> <p>18.2Evidencia: Listado actualizado de nuevas familias identificadas, actas de reuniones y listados de asistencia.</p>
19	<p>19. ADQUIRIR UN AMPLIO CONOCIMIENTO DE LA REALIDAD LOCAL, DE LAS EXPRESIONES CULTURALES, NECESIDADES SOCIALES Y PROYECTOS PARA EL DESARROLLO DE LA COMUNIDAD, ADICIONAL A ELLO FACILITA EL PRIMER CONTACTO CON LA COMUNIDAD EN SUS DIFERENTES ESPACIOS, POR LO CUAL SE REITERA LA NECESIDAD DEL ACOMPAÑAMIENTO CONSTANTE POR PARTE DEL MISMO A LOS EQUIPOS DURANTE LAS ACCIONES DE TIPO FAMILIAR, COMUNITARIO Y ACCIONES CON ENFOQUE EN MEDICINA ANCESTRAL, CON EL FIN DE IDENTIFICAR NECESIDADES DE GESTION Y DISMINUCION DE BARRERAS DE ACCESOS A LOS SERVICIOS DE SALUD, ADICIONAL A ELLO DEBERÁ: DIFUNDIR ESTRATEGIAS DE EDUCACION EN SALUD CON ENFOQUE DIFERENCIAL ETNICO PARA EL CUIDADO DE LA COMUNIDAD GESTIONAR CASOS SOCIALES O EN SALUD.</p> <p>19.1Actividad: Realicé recorridos para crear directorio actualizado de las localidades de Los mártires y Santa Fe, y obtener un diagnostico comunitario.</p> <p>19.2Evidencia: Informe situacional, directorio y registros fotográficos.</p>
20	<p>20. IDENTIFICAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS PRIORIZADAS (OFERTA DE SERVICIOS DISTRITALES).</p> <p>20.1Actividad: Realicé Seguimiento social y en salud a familias priorizadas.</p> <p>20.2Evidencia: formato de firmas de las familias, cargue de información con calidad y oportunidad en aplicativo GITAPPS y registros fotográficos.</p>
21	<p>21. REALIZAR FORTALECIMIENTO DE ENLACES DIRECTOS DE COMUNICACION CON LOS ACTORES ESTRATEGICOS (SECTORES-COMUNIDAD Y LÍDERES)</p> <p>21.1Actividad: Creé canales de comunicación con la comunidad y los líderes de cada localidad.</p> <p>21.2Evidencia: Directorio actualizado, reportes de interacción y registros fotográficos.</p>
22	<p>22. APOYAR A PERFILES ANCESTRALES.</p> <p>22.1Actividad: Realicé acompañamiento a la sabedora en actividades de apechonería y técnicas de curación.</p> <p>22.2Evidencia: Actas, registros fotográficos de las actividades y listados de asistencia de la comunidad.</p>
	<p>23. ARTICULACION CON LÍDERES LOCALES PARA IDENTIFICACION DE NUEVAS FAMILIAS.</p> <p>23.1Actividad: Realicé articulación con autoridades étnicas de Los mártires y Santa Fe para identificación de nuevas familias y espacios colectivos.</p>

23	23.2Evidencia: Actas de articulación, listados entregados y registros fotográficos.
24	24. CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TECNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TECNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN. 24.1Actividad: Realicé la ejecución de todas las funciones asignadas según mi perfil. 24.2Evidencia: Evaluación de desempeño, reporte de cumplimiento, formatos de seguimiento en terreno, formatos de las actividades desarrolladas y registros fotográficos.

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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9503188188	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/04/17	\$ 218.900
PENSIÓN:	SIN DATO	2026/04/17	\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/04/17	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 261.600

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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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



NELLY PEREA FLOREZ

PS_7564_2025_0A6941

NELLY PEREA FLOREZ

CC: 26339725

FIRMA DE QUIEN VALIDA



LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ

PS_7564_2025_0A6941

LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ

SUPERVISOR ALTERNO



LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA

PS_7564_2025_0A6941

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 26339725		PEREA FLOREZ NELLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 25a # 9-94	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2487656	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	233454766	9503188188	I	2026/05/08	2026/04/17	BANCO DAVIVIENDA	0	\$261,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																												
EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES											
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	lv	sp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irt	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes		
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																												
																								\$0	\$0			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905		\$42,700		\$0	\$0	\$261,600		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																												
																								\$0	\$0			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905		\$42,700		\$0	\$0	\$261,600		
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																												
																							0	\$0	\$0			\$1,750,905	\$218,900		0	\$0	\$0		14-11	30	\$1,750,905	2.436%	\$42,700	0	\$0	\$0	No	\$261,600
Total	Afiliados(1)																							\$0	\$0			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905		\$42,700		\$0	\$0	\$261,600		

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	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
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
TOTAL				1	\$261,600	\$0	\$0	\$261,600

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS

233454766

Destino de pago

APORTES EN LINEA

Motivo

Pago de la Planilla de aportes con clave: 9503188188

Fecha

17/04/2026

Número de aprobación

00454766

Dirección IP

186.121.89.54

Valor transacción

\$ 261.600,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

10.129.7.4

Referencia 2

CC

Referencia 3

26339725

**LA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y
CESANTIAS PORVENIR S.A.**

INFORMA:

Que en esta Sociedad Administradora se le realizó Devolución de Saldos por SOLICITUD POR DEVOLUCIÓN DE SALDOS VEJEZ NORMAL al(a) Señor(a) NELLY PEREA FLOREZ, identificado(a) con Documento No. 26,339,725, por las siguientes sumas:

Fecha	Descripción	Valor
Abr.16/20	DEVOLUCION SALDOS	\$4,249.00
Oct.04/19	DEVOLUCION SALDOS	\$6,258,517.00

Así las cosas el(la) Señor(a) NELLY PEREA FLOREZ, no se encuentra pensionado(a) por Vejez, Invalidez o Sobrevivencia en esta Sociedad Administradora.

Se expide la presente certificación a solicitud del(a) interesado(a), a los 21 días del mes de Noviembre de 2024.

Cordialmente,



Gerente de Clientes



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

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

NELLY PEREA FLOREZ, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **26,339,725**, no se encuentra pensionado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificación se expide el 21 de noviembre de 2024.

Cordialmente,

Gerente de Clientes



547

BOGOTA, 04 de mayo de 2020

660
4208014077346200

Señor(a)
NELLY PEREA FLOREZ
gilleperea@hotmail.com
1615 1/1

Ref. Rad. Porvenir. N.A.
Solicitud por: DEVOLUCION DE SALDOS
Afiliado: NELLY PEREA FLOREZ
CC: 26.339.725
T.N. N.A
BEN - COR

Porvenir S.A. le da un saludo cordial.

En esta oportunidad nos complace comunicarle que su solicitud de devolución de saldos ha sido **APROBADA** por un valor de \$4.249, el cual incluye los aportes que realizó en pensiones obligatorias, más los rendimientos generados.

Este giro se efectuó al medio de pago reportado por usted en la solicitud de beneficio pensional.

Recuerde que la obligación de cotizar en pensiones obligatorias cesa a partir del momento en que usted recibe el beneficio de la Devolución de Saldos¹.

Para nosotros es muy importante haber atendido su solicitud.

Cordialmente,

LEONARDO REINOSO RENGIFO
Dirección de Servicio al Pensionado
LRR/U.I.P.
C.C. EXP. DV 260256
FTC-H0171

No permita que un tramitador le cobre dinero, usted puede hacer sus trámites en Porvenir sin costo. Si alguien le cobra, o tiene denuncias relacionadas con fraudes o ética de nuestros empleados, denúncielo ingresando a: www.porvenir.com.co/web/acerca-de-porvenir/linea-etica o comunicándose al teléfono en Bogotá 3393000 Ext. 77777.

Nuestros afiliados cuentan con un Defensor del Consumidor Financiero, Dra. Ana María Giraldo Rincón ubicado en la carrera 11A N° 96 - 51 oficina 203 en Bogotá, Teléfono: 6108161, defensoriaporvenir@ustarizabogados.com, quien dará trámite a su queja de forma objetiva y gratuita.

1. Artículo 17 de la Ley 100 de 1993. La obligación de cotizar cesa al momento en que el afiliado reúna los requisitos para acceder a la pensión mínima de vejez, o cuando el afiliado se pensione por invalidez o anticipadamente.

118

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

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
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados				

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo
<input type="checkbox"/> PS_7564_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7564_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_20
<input type="checkbox"/> PS_7564_2025_CUENTA_DE_COBRO_INSUMOS_ANCESTRALES_OCTUBRE_2025..pdf	PS_7564_2025_CUENTA_DE_COBRO_INSUMOS_AN
<input type="checkbox"/> PS_7564_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025..pdf	PS_7564_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_
<input type="checkbox"/> PS_7564_2025_CUENTA_COBRO_INSUMOS_ANCESTRALES_NOVIEMBRE_2025..pdf	PS_7564_2025_CUENTA_COBRO_INSUMOS_ANCES
<input type="checkbox"/> PS_7564_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025..pdf	PS_7564_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2
<input type="checkbox"/> PS_7564_2025_CUENTA_DE_COBRO_INSUMOS_ANCESTRALES_DICIEMBRE_2025.pdf	PS_7564_2025_CUENTA_DE_COBRO_INSUMOS_AN
<input type="checkbox"/> PS_7564_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf	PS_7564_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.
<input type="checkbox"/> PS_7564_2025_CUENTA_DE_COBRO_INSUMOS_ANCESTRALES_ENERO_2026.pdf	PS_7564_2025_CUENTA_DE_COBRO_INSUMOS_AN
<input type="checkbox"/> PS_7564_2025_CUENTA_DE_COBRO_INSUMOS_ANCESTRALES_FEBRERO_2026.pdf	PS_7564_2025_CUENTA_DE_COBRO_INSUMOS_AN
<input type="checkbox"/> PS_7564_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf	PS_7564_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_20
<input type="checkbox"/> PS_7564_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf (Archivado)	PS_7564_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.
<input type="checkbox"/> PS_7564_2025_CUENTA_DE_COBRO_INSUMOS_ANCESTRALES_MARZO_2026.pdf (Archivado)	PS_7564_2025_CUENTA_DE_COBRO_INSUMOS_AN
<input type="checkbox"/> PS_7564_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026..pdf	PS_7564_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.
<input type="checkbox"/> PS_7564_2025_CUENTA_DE_COBRO_INSUMOS_ANCESTRALES_MARZO_2026..pdf	PS_7564_2025_CUENTA_DE_COBRO_INSUMOS_AN
<input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR PS 7564 2025 8-5-26.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7564 2025 8-5-26.
<input type="checkbox"/> PS_7564_2025_CUENTA_DE_COBRO_INSUMOS_ANCESTRALES_ABRIL_2026.pdf	PS_7564_2025_CUENTA_DE_COBRO_INSUMOS_AN
<input type="checkbox"/> PS_7564_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf	PS_7564_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026,p

Cancelar