

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JHONATAN ALBERTO PINILLA VALENCIA			CC:	1023934623
CORREO ELECTRÓNICO:	JPINILLA.94MILLOS@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3112524658
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 2 A B B 42			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO POPULAR	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	230129012886
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 6500 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.226.400	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31				
 JHONATAN ALBERTO PINILLA VALENCIA PS_6500_2025_47C9DF NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JHONATAN ALBERTO PINILLA VALENCIA CC: 1023934623 CEL: 3112524658					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
JHONATAN ALBERTO PINILLA VALENCIA

CON C.C N°1.023.934.623

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTI?N COMO GESTOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES No.PS 6500 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/10/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$2.226.400No. HORAS EJECUTADAS184

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$24.853.400VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$2.226.400

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASDIEZ (10) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO

NOMBRE DEL SUPERVISOR:MARIA ANGELICA PEÑALOZA DIAZ

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. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 1.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizaron 28 sesiones en 7 grupos socioeducativos correspondientes al Producto 26 Cuidado continuo para una vida con bienestar, desarrolladas en las localidades de Rafael Uribe Uribe, San Cristóbal, Santa Fe, de la Subred Centro Oriente. Así mismo, la ejecución de 16 sesiones educativas itinerantes del Producto 20 Cuidado continuo para una vida con bienestar en las localidades de San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe y Santa Fe. 1.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): listados de sesiones colectivas del mes de julio de 2026, los cuales se anexan en las carpetas físicas destinadas para tal fin.
2	2. 2. OBLIGACION: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se diligencio y presento el cronograma de actividades conforme a los lineamientos institucionales. 2.2 PRODUCTO: Cronograma mensual correspondiente al mes de julio de 2026
3	3. 3. Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 3.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se presento y entrego de los productos y soportes derivados de las actividades ejecutadas, conforme a los lineamientos técnicos establecidos, incluyendo listados de sesiones colectivas de las educaciones en salud desarrolladas en las localidades de intervención. 3.2 PRODUCTO: Listados de sesiones colectivas.
4	4. 4. OBLIGACION: 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 habilitación y acreditación de servicios de salud. 4.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizo apropiación conceptual desde el perfil Gestor Social de acuerdo con los anexos y lineamientos técnicos que hacen parte de la relación contractual entre la Subred y el Fondo Financiero CDS para la vigencia actual. 4.2 PRODUCTO: Actas de desarrollo.
5	5. 5. OBLIGACIÓN: Realizar la identificación y enganche de la población que se encuentren en el contexto donde desarrolla sus actividades, de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC. 5.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizó concertación con los líderes sociales de los grupos comunitarios de las diferentes localidades para la ejecución de las actividades programadas. 5.2. PRODUCTO: Formato de acta.
6	6. 6. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documenta. 6.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se organizo y clasifico el archivo generado durante las intervenciones, asegurando el cumplimiento de la normatividad vigente, conservación y disposición de los documentos según los lineamientos institucionales. 6.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de acta
7	7. 7. OBLIGACIÓN: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social. 7.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se Implementaron las actividades relacionadas con los diferentes procesos transversales del PSPIC, de acuerdo con las competencias asignadas, incluyendo, pero no limitándose a: canalizaciones, educación para la salud, gestión de información, notificación de eventos de salud pública, y participación social, entre otros. 7.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Canalizaciones.
	8. 8. OBLIGACIÓN: El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual. 8.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se generaron los soportes teniendo en cuenta el proceso de autocontrol, calidad del dato, veracidad, pertinencia técnica, dando respuesta al documento operativo y demás obligaciones contractuales; así como se garantiza el alistamiento oportuno de los productos del mes para el proceso de seguimiento y/o interventoría. 8.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Listados de sesiones

8	colectivas.		
9	9. 9. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión 9.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se conto con disponibilidad de acuerdo a lo requerido por parte de la Subred Centro Oriente E.S.E Articulación equipos del entorno proporcionando información para las intervenciones comunitarias. 9.2. PRODUCTO: Formato acta y/o documentos		
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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 93505186	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/07/17	\$ 218.900
PENSIÓN:	PENSION	2026/07/17	\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/17	\$ 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 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 periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 JHONATAN ALBERTO PINILLA VALENCIA PS_6500_2025_47C9DF JHONATAN ALBERTO PINILLA VALENCIA CC: 1023934623		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 BRISETT DAYAN RODRIGUEZ DIAZ PS_6500_2025_47C9DF BRISETT DAYAN RODRIGUEZ DIAZ SUPERVISOR ALTERNO		

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



MARIA ANGELICA PEÑALOZA DIAZ

PS_6500_2025_47C9DF

MARIA ANGELICA PEÑALOZA DIAZ
SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023934623	JHONATAN ALBERTO PINILLA VALENCIA	Kr 16 # 18 39 sur	3208976420	jpinilla.94millos@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93505186	15/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$229.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	8	1.300	0	220.200	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.200				9.200	8	100	9.300			92	9.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	8	0	0	0
ICBF				
0	8	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	220.200
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	9.200	9.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	228.100	229.500

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93505186	15/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$229.500	

[illegible]



**Pago exitoso
por
\$229,500**

Destino:

COMPENSAR-OI

Referencia de pago (CUS ID):

481284169

Origen:

Cuenta de ahorros • 3370

Jul 15, 2026 - 09:50 AM

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023934623	JHONATAN ALBERTO PINILLA VALENCIA	Kr 16 # 18 39 sur	3208976420	jpinilla.94millos@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
93505186	15/07/2026	93535270	17/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	N	\$0	\$33.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	33.500				33.500	10	300	33.800			335	33.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	10	0	0	0
ICBF				
0	10	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	33.500	33.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	33.500	33.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023934623	JHONATAN ALBERTO PINILLA VALENCIA		Kr 16 # 18 39 sur	3208976420	jpinilla.94millos@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
93505186	15/07/2026	93535270	17/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	N	\$0	\$33.800	

DETALLE POR COTIZANTE																																																			
INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES															
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SEN	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC 1023934623	PINILLA VALENCIA JHONATAN ALBERTO	59	5		N																			0	0	0	0	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0



**Pago exitoso
por
\$33,800**

Destino:

COMPENSAR-OI

Referencia de pago (CUS ID):

488188962

Origen:

Cuenta de ahorros • 3370

Jul 17, 2026 - 07:07 AM



Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

1 Información general

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

Plan de Pagos

6 Información presupuestal

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

7 Ejecución del Contrato

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

8 Modificaciones del Contrato

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

9 Incumplimientos

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 6500 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 6500 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6500 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 6500 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6500 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 6500 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6500 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026 (1).pdf	PS 6500 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 6500 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf (Archivado)	PS65002025CUENTADECOBROFEBRERO2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6500 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 6500 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 6500 2025 24-3-2026.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 6500 2025 24-3-2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 6500 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026.pdf (Archivado)	PS 6500 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6500 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1 AL 19 DE 2026.pdf	PS 6500 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1 AL 19 DE 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6500 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026 .pdf	PS 6500 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6500 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 6500 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6500 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 6500 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6500 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	PS 6500 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

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

INFORMA:

Que en esta Sociedad Administradora se le realizó Devolución de Saldos por SOLICITUD POR DEVOLUCIÓN DE SALDOS INVALIDEZ al(a) Señor(a) JHONATAN ALBERTO PINILLA VALENCIA, identificado(a) con Documento No. 1,023,934,623, por las siguientes sumas:

Fecha	Descripción	Valor
Sep.10/19	DEVOLUCION SALDOS	\$2,046,300.00

Así las cosas el(la) Señor(a) JHONATAN ALBERTO PINILLA VALENCIA, 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 20 días del mes de Febrero de 2024.

Cordialmente,



Gerente de Clientes