Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2026-09-01	**Hasta:**	2026-09-30	
Nombre del Contratista:	JUAN CAMILO SANTOS GRANADOS		**Número de Documento:**	19493644	
Correo Electrónico:	santosjuancamilo@gmail.com		**Número Telefónico:**	3123778391	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5608-2026	**Año Contrato:**	2026	**CDP Contrato Inicial:**	1516
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS SANTA MARTA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
V07UI552	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	130	0	23518	$3057340	70.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3057340**	**TRES MILLONES CINCUENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS CUARENTAPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2026-08-01	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2026-09-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	AGOSTO	$ 2563462	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8654624	**$ 8654624**	**$ 2563462**	**$ 6091162**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Caracterizar al individuo y su núcleo familiar mediante visitas domiciliarias y la aplicación sistemática de instrumentos de tamizaje (Zung, Hamilton, APGAR Familiar, COPE 28) para identificar riesgos, necesidades y capacidades en salud mental.	Para este período se realizaron16 caracterizaciones para identificar los riesgos, necesidades y capacidades en salud mental mediante la aplicación de tamizajes del caso y ciclo vital del usario	-Formatos físicos de las visitas domiciliarias e información registrada en el aplicativo GTAPS
2	2.Realizar actividades individuales de resolutividad en salud, contempladas en el plan de beneficios en salud, a fin de articular acciones que garanticen integralidad y continuidad en la atención bajo los principios de concurrencia y complementariedad.	-No se realizó ninguna atención individual dentro del programa Relevo del Cuidador RB	No aplica para el período
3	3. Construir, de manera participativa con el usuario y su familia, un Plan de Bienestar que establezca objetivos claros, acciones concretas y compromisos mutuos para gestionar los riesgos identificados y fortalecer los factores protectores.	Se realizaron 22 Planes de Bienestar Familiar a fin de garantizar la gestión de los riesgos identificados y fortalecer de manera adecuada los factores protectores	Registro en el aplicativo GTAPS según el usuario y familia intervenida
4	4. Reallizar intervenciones breves, Primeros Auxilios Psicológicos, y facilitar espacios de escucha activa y contención emocional para estabilizar, orientar y fortalecer las capacidades de afrontamiento de las personas en situaciones de crisis o malestar.	Durante este Período no se realizaron las acciones de este objeto	No Aplica para este período
5	5. Aplicar metodologías específicas y estructuradas, como "Habilidades para la Vida" en adolescentes y la intervención "Enfrentando Problemas Plus (EP+)" para personas cuidadoras, asegurando la fidelidad a los modelos originales.	Durante este Período no se realizaron las acciones de este objeto	No Aplica para este período
6	6. Brindar educación para la salud en temas prioritarios como pautas de crianza positiva, manejo del duelo, salud sexual para adolescentes y prevención del consumo de sustancias, adaptando los contenidos al curso de vida y contexto cultural.	Durante este Período no se realizaron las acciones de este objeto	No aplica para este período
7	7. Gestionar con enfoque diferencial y prioritario los casos de poblaciones con alta vulnerabilidad, incluyendo víctimas de violencia, personas con conducta suicida, adolescentes en riesgo, personas cuidadoras y población privada de la libertad.	Durante este período no se realizaron intervenciones con enfoque diferencial	No aplica para este período
8	8. Desarrollar intervenciones colectivas, como los "Círculos de Bienestar Emocional", para fomentar la cohesión social, fortalecer las redes de apoyo y promover la salud mental comunitaria.	Durante este período no se realizaron intervenciones colectivas	No aplica para este período
9	9. Realizar un seguimiento continuo y sistemático a la evolución de los casos y al cumplimiento del Plan de Bienestar, a través de sesiones presenciales o virtuales, para evaluar el progreso y ajustar las intervenciones.	Se realizaron 22 implementaciones de seguimiento presenciales y 12 telefónicos de Plan de bienestar a fin de garantizar el progreso y evolución de los casos de usuarios atendidos.	Se registraron los seguimientos y cierres correspondientes en el aplicativo

© Siasur - 2026

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10	10. Activar y gestionar oportunamente las rutas de atención sectoriales e intersectoriales para asegurar el acceso de los usuarios a servicios complementarios de salud, protección, justicia o inclusión social.	No se presentó la necesidad de activar rutas de atención sectorial o intersectorial.	No aplica para este período
11	11. Registrar de forma obligatoria, oportuna y con alta calidad toda valoración, plan, intervención y seguimiento en la historia clínica y los aplicativos institucionales designados (principalmente GTAPS) para asegurar la trazabilidad de la gestión.	Se registró durante el período toda la información del Plan de intervención .	Se registró información de tratamiento en el aplicativo GTAPS
12	12.Asistir a los diferentes espacios convocados, como reunión mensual, comité de cuidado, fortalecimientos técnicos, precríticas y demás espacios por la SDS y la Subred.	Asistí a todos los espacios convocados por la SDSy la SubredSur como son Reunión mensual, fortalecimientos técnicos precrítcas, comité de cuidado.	-Registro en listados de asistencia actividades programadas por la SDS y la SubredSur
13	13.Efectuar llamadas telefónicas de contacto inicial y seguimiento, verificando datos, condiciones de salud y necesidades de las familias.	-Se realizaron 0 llamadas telefónicas de contacto inicial y seguimiento para verificar datos, condiciones de salud y necesidades de las familias	No aplica para este periodo
14	14.Apoyar los procesos de agendamiento de citas en unidades básicas resolutivas, registrando solicitudes, confirmaciones y cambios en GTAPS.	Durante este período no se realizaron apoyos a los procesos de agendamiento de citas en unidades básicas resolutivas, egistrando solicitudes, confirmaciones y cambios en GTAPS.	-No aplica para este período
15	15.Realizar contacto telefónico para recordación y verificación de asistencia a las citas programadas, dejando evidencia en GTAPS	-Durante este período no se realizaron contactoste telefónicos para recordación y verificación de asistencia a las citas programadas dejando evidencia en GTAPS	-No aplica para este período
16	16. Ejecutar otras actividades propias de su perfil profesional, directamente relacionadas con el objeto del contrato y orientadas al fortalecimiento de las acciones misionales del Programa	Se realiza asistencia a actividaes misionales según el pérfil de psicólogo.	Listado de asistencia y registro según convocatorias.

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	$ 2563462
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	94652236	-		
2026	AGOSTO	2026	09	11				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	DOS MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y DOSPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	SI	-	$ 1750905	$ 280145	**$ 0**
Salud		COMPENSAR EPS		$ 218863	**$ 219100**
ARL	3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		$ 42652	**$ 42800**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 508148**	**$ 261900**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870387372

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JUAN CAMILO SANTOS GRANADOS	2026-09-27 21:32:51
RECHAZADO SUPERVISOR	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2026-09-28 23:59:32
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JUAN CAMILO SANTOS GRANADOS	2026-09-30 07:24:43
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JUAN CAMILO SANTOS GRANADOS	2026-10-01 09:47:06
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JUAN CAMILO SANTOS GRANADOS	2026-10-01 10:33:56
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2026-10-01 11:22:25
RECHAZADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-10-01 16:01:06
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JUAN CAMILO SANTOS GRANADOS	2026-10-01 20:29:25
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JUAN CAMILO SANTOS GRANADOS	2026-10-01 20:32:26
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2026-10-01 20:33:13

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-10-02 17:56:50

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.



YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	19493644	JUAN CAMILO SANTOS GRANADOS	CR 11 NO 140-87 AP 502 IN 1	6636548	santosjuancamilo@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94652236	11/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$1,750,905	$272.600	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	1	200	0	219.100	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	1	100	42.800			427	42.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	10.600	1	100	10.700	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	219.100
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	42.700	42.800
CCF	1	10.600	10.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	272.200	272.600

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	19493644	JUAN CAMILO SANTOS GRANADOS		CR 11 NO 140-87 AP 502 IN 1	6636548	santosjuancamilo@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
		94652236	11/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$1,750,905	$272.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Extranjero	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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 19493644	SANTOS GRANADOS JUAN CAMILO	59	3			N																		0	0	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700	CCF24	1.750.905	30	10.600	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
644781068

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
10/09/2026

Número de aprobación
00781068

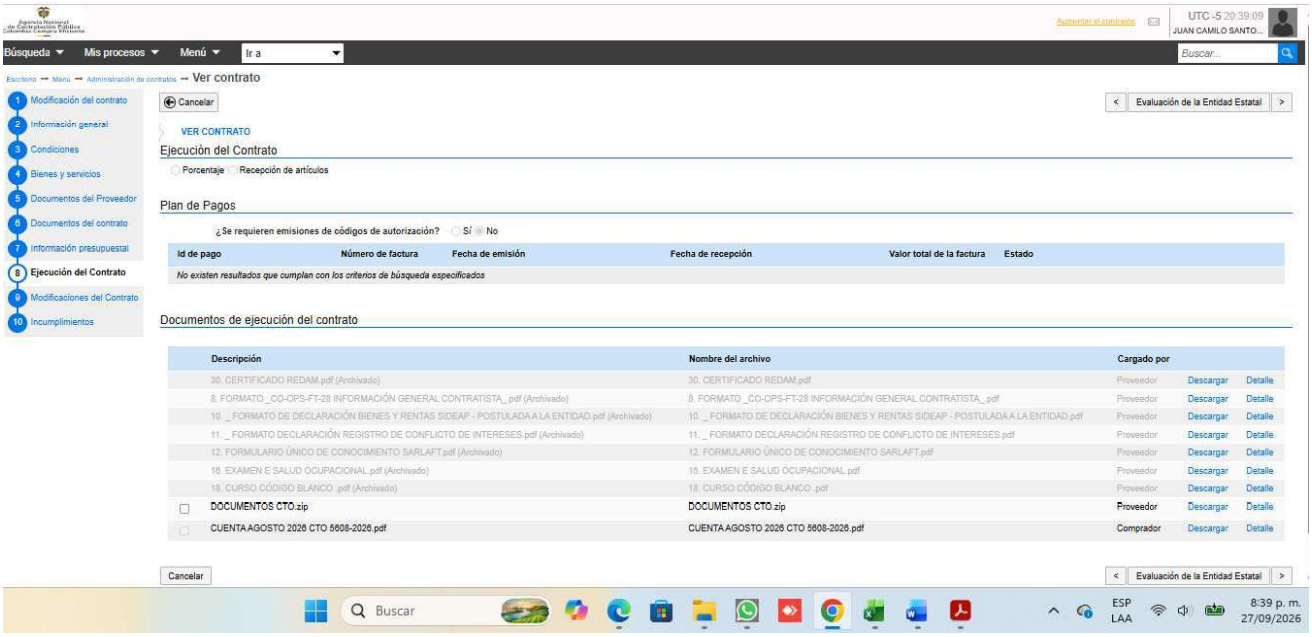
Dirección IP
186.29.181.0

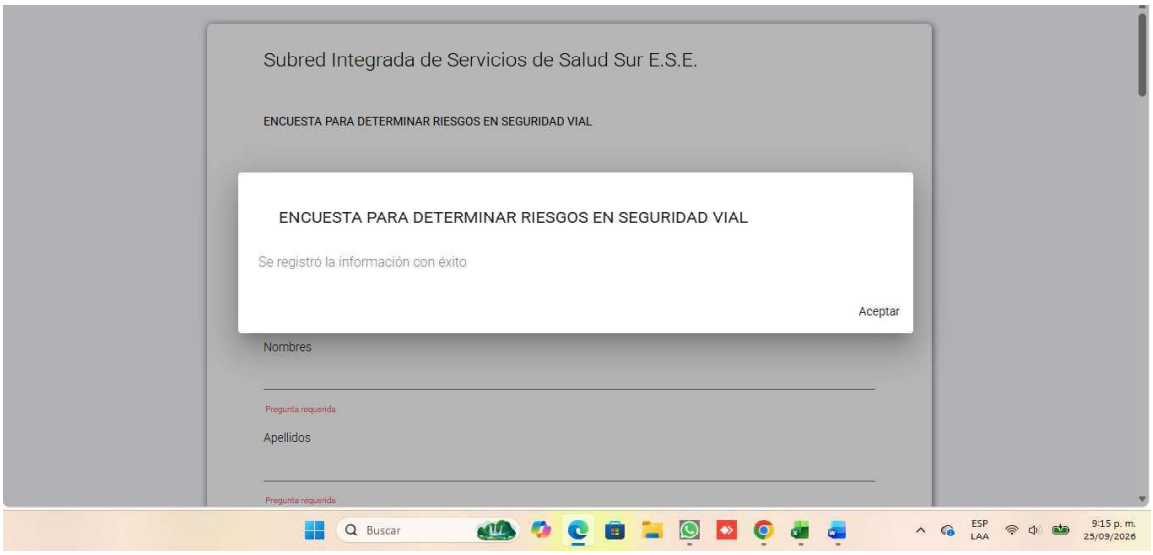
Valor transacción
$ 272.600,00

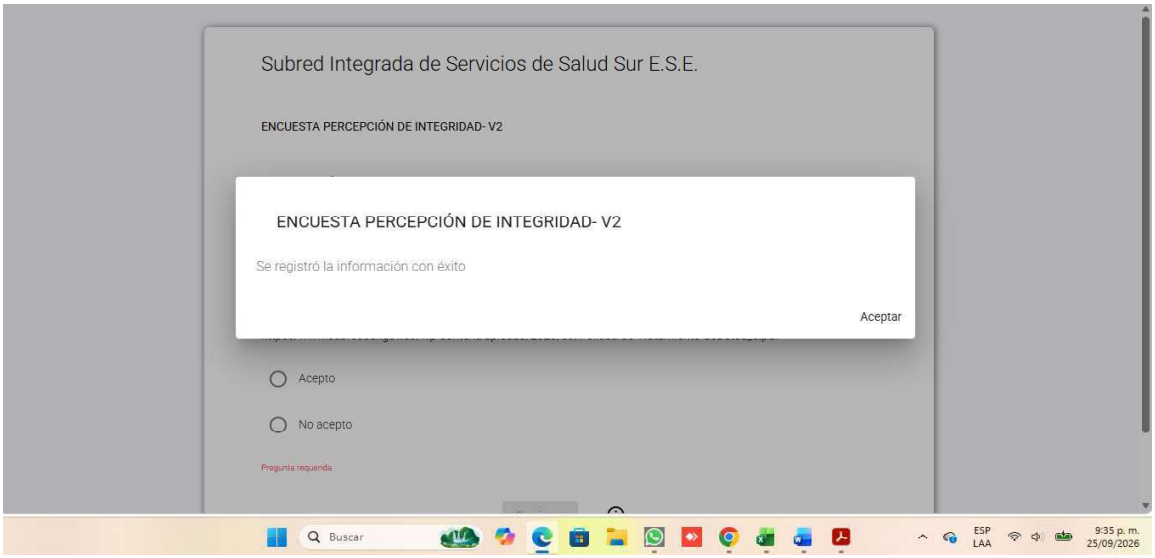
Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
186.29.181.0	CC	19493644

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.
DAVIVIENDA


Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
1 Modificación del contrato
2 Información general
3 Condiciones
4 Bienes y servicios
5 Documentos del Proveedor
6 Documentos del contrato
7 Información presupuestal
8 Ejecución del Contrato
9 Modificaciones del Contrato
10 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
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
30. CERTIFICADO REDAM.pdf (Archivado)
30. CERTIFICADO REDAM.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
8. FORMATO _CO-OPS-FT-28 INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTA_.pdf (Archivado)
8. FORMATO _CO-OPS-FT-28 INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTA_.pdf
10. _ FORMATO DE DECLARACIÓN BIENES Y RENTAS SIDEAP - POSTULADA A LA ENTIDAD.pdf (Archivado)
10. _ FORMATO DE DECLARACIÓN BIENES Y RENTAS SIDEAP - POSTULADA A LA ENTIDAD.pdf
11. _ FORMATO DECLARACIÓN REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERESES.pdf (Archivado)
11. _ FORMATO DECLARACIÓN REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERESES.pdf
12. FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT.pdf (Archivado)
12. FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT.pdf
15. EXAMEN E SALUD OCUPACIONAL.pdf (Archivado)
15. EXAMEN E SALUD OCUPACIONAL.pdf
18. CURSO CÓDIGO BLANCO .pdf (Archivado)
18. CURSO CÓDIGO BLANCO .pdf
DOCUMENTOS CTO.zip
DOCUMENTOS CTO.zip
Proveedor
CUENTA AGOSTO 2026 CTO 5608-2026.pdf
CUENTA AGOSTO 2026 CTO 5608-2026.pdf
Comprador
Buscar
ESP
LAA
8:39 p. m.
27/09/2026


Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
ENCUESTA PARA DETERMINAR RIESGOS EN SEGURIDAD VIAL
ENCUESTA PARA DETERMINAR RIESGOS EN SEGURIDAD VIAL
Se registró la información con éxito
Aceptar
Nombres
Pregunta requerida
Apellidos
Pregunta requerida
Buscar
ESP
LAA
9:15 p. m.
25/09/2026


Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
ENCUESTA PERCEPCIÓN DE INTEGRIDAD- V2
ENCUESTA PERCEPCIÓN DE INTEGRIDAD- V2
Se registró la información con éxito
Aceptar
Acepto
No acepto
Pregunta requerida
Buscar
ESP
LAA
9:35 p. m.
25/09/2026

yTnzWG2cPO

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

Certifica que:

JUAN CAMILO SANTOS GRANADOS

19493644

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

INTEGRIDAD, CONFLICTO DE INTERESES, ANTISOBORNO Y ANTICORRUPCIÓN

con una intensidad horaria de 40 horas.

Para constancia se expide:

25 de septiembre de 2026

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

SMART SUR

BOGOTÁ

6e0ByJM34z

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

Certifica que:

JUAN CAMILO SANTOS GRANADOS

19493644

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

SISTEMA DE ADMINISTRACION SARLAFT

con una intensidad horaria de 40 horas.

Para constancia se expide:

septiembre 25, 2026

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

SMART SUR

BOGOTÁ

ARL

sura

Medellin, 25 de septiembre de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **JUAN CAMILO SANTOS GRANADOS** con documento de identidad **C19493644**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE** con NIT **N900958564**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2018-11-01	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	GESTION DEL RIESGO EN SALUD	0000000005	3	2.436	EN COBERTURA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

Juan Camilo Santos Granados

C.C 19.493.644

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 29 de septiembre 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 761443407000

porvenir

RECLAMACION DE PRESTACIONES ECONOMICAS

Fecha de Ejecución: 02-JUL-26 08:54 AM

TAPA-BEN 0

Nombre:	JUAN CAMILO SANTOS GRANADOS	Tipo de Solicitud:	SOLICITUD POR PENSION DE GARANTIA MINIMA
Identificación:	19493644	Pendientes: 0	Entregados: 5
# Expediente:	VS 838246	Sustitución pensional:	**No**

Radicado - Porvenir S.A.

0190146011538100

Centro de Costo: _____

Folio

Estado Documentos Entregados

Parentesco: 1 TITULAR 19493644 JUAN CAMILO SANTOS GRANADOS

Consecutivo	Codigo Digitalizacion	Nombre Documento	Radicado Del Cual Se Hereda	
1	DDIP	Fotocopia cédula/Declaración de ingresos/Poder a un tercero para trámite pensión		V
2	RCM	Copia auténtica del folio del Registro Civil de Matrimonio (máximo con tres (3) meses de antigüedad desde su expedición.)		V
3	SPE	formulario solicitud		V
4	HLO	Historia laboral oficial normalizada y firmada (emisión bono, no bono o incluir correcciones)		V

Parentesco: 2 ESPOSO(A) 30291396 ADRIANA MARIA BERNAL RAMIREZ

Consecutivo	Codigo Digitalizacion	Nombre Documento	Radicado Del Cual Se Hereda	
5	DDIE	fotocopia cédula de ciudadanía del esposo(a) o compañero(a). (ampliada al 150%)		V

⚠ Nota de términos

RECIBIDO NO IMPLICA ACEPTACION. LA LISTA DE DOCUMENTOS ENTREGADA ESTA SUJETA A VERIFICACION Y CONTROL, POR TAL MOTIVO PUEDE SER SUSCEPTIBLE DE MODIFICACIONES, LAS CUALES SE INFORMARAN OPORTUNAMENTE AL PETICIONARIO.

NO PERMITA QUE UN TRAMITADOR LE COBRE DINERO. USTED PUEDE HACER SUS TRÁMITES EN PORVENIR DE MANERA FÁCIL, SEGURA Y SIN COSTO; LO ASESORAMOS, ACOMPAÑAMOS Y LE CUMPLIMOS LA PROMESA DE SERVICIO.
SI ALGUIEN LE COBRA, DENÚNCIELO A NUESTRA AUDITORÍA INTERNA AL CORREO LINEAETICA@PORVENIR.COM.CO O AL TELÉFONO EN BOGOTÁ 3393000 EXT. 77777, FAX 3390101 O AL A.A. 241800

Acepto

_____

CC

PORVENIR
02 JUL 2026
FECHA

Bogotá, 02 de julio de 2026

Señores
PORVENIR
Ciudad

REF. Aportes Voluntarios en Pensión Obligatoria

Mediante este documento autorizo para que el valor de **$ 291.400** que corresponden a aportes voluntarios en pensión obligatoria, se tengan en cuenta en su totalidad para realizar el cálculo de mi mesada pensional.

Cordialmente,

Firma:

_____

JUAN CAMILO SANTOS GRANADOS

CC 19493644

PORVENIR
02 JUL 2026

CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN PENSIONAL – GARANTIA DE PENSIÓN MÍNIMA VEJEZ

Entre los suscritos a saber, ERIK ANDRES MONCADA RASMUSSEN, mayor de edad, identificado como aparece al pie de su firma, actuando en calidad de Representante Legal de la Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A., Sociedad de Servicios Financieros, debidamente autorizada para desarrollar su objeto social por la Superintendencia Financiera de Colombia, con NIT 800.144.331 con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C., todo lo cual se acredita con el certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera que se anexa, quien en adelante se denominará PORVENIR S.A. de una parte, y de la otra, el señor(a) JUAN CAMILO SANTOS GRANADOS que se identifica en la parte inferior del presente documento quien para efectos de este contrato se denominará EL PENSIONADO, hemos acordado celebrar el presente **CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN** para el pago de las mesadas pensionales, con fundamento en las siguientes

CONSIDERACIONES.

Que la Ley 100 de 1993, Ley 797 de 2003, y el Decreto único reglamentario del sector pensiones 1833 de 2016, en lo pertinente consagra que La garantía de pensión mínima es un derecho pensional que se adquiere por haber cumplido la edad de pensión, haber cotizado un mínimo de 1150 semanas, y no acreditar el capital necesario para la financiación de una pensión mínima de vejez.

Que de acuerdo con lo previsto en el Acto Legislativo 01 de 2005, los afiliados al sistema de Pensiones, que acceden a su pensión de vejez antes de 01 de agosto de 2011, recibirán el pago de 14 mesadas al año y quienes se pensionen con posterioridad, recibirán el pago de 13 mesadas al año.

Que lo anterior ha sido debidamente informado al PENSIONADO de manera previa a la suscripción del presente contrato, y este manifiesta haber recibido la debida asesoría en relación con el reconocimiento de su beneficio pensional de Garantía de Pensión Mínima de Vejez, la cual se regirá por las siguientes

CLAUSULAS:

PRIMERA: Objeto. PORVENIR S.A. pagará con cargo a los recursos existentes en la cuenta de ahorro pensional del PENSIONADO del Fondo Especial de Retiro Programado administrado por PORVENIR S.A., una mesada pensional del salario mínimo de conformidad con los parámetros establecidos en la Ley 100 de 1993 y las normas que la adicionen o complementen, una vez agotados estos recursos, la pensión se continúa pagando con cargo al Fondo de Garantía de Pensión Mínima, de conformidad con la Resolución expedida por la Oficina de Bonos Pensionales del Ministerio de Hacienda y Crédito Público OBP al momento de otorgar el beneficio.

SEGUNDA: Mesadas Pensionales. PORVENIR S.A. pagará al PENSIONADO, de acuerdo con la fecha de cumplimiento de semanas y edad de la siguiente manera.

2.1 Catorce (14) mesadas pensionales al año, una (1) cada mes, y dos (2) adicionales en el mes de junio y noviembre de cada año, en la cuenta bancaria a nombre del PENSIONADO, si cumplió la edad de pensión y el mínimo de semanas requeridos antes del 31 de Julio de 2011, de acuerdo con el acto legislativo 1 de 2005 parágrafo 6.

2.2. Trece (13) mesadas pensionales al año, una (1) cada mes, y una (1) adicional en el mes de noviembre de cada año, en la cuenta bancaria a nombre del PENSIONADO, si cumplió la edad de pensión y el mínimo de semanas requeridos posterior del 31 de Julio de 2011, de acuerdo con el acto legislativo 1 de 2005

TERCERA. Recálculo del Valor de la Mesada Pensional. Conforme al articulo 2.2.5.4.5 del decreto 1833 de 2016, PORVENIR S.A. ha reconocido una garantía de pensión mínima temporal hasta la fecha de redención del bono pensional, momento en el que se evaluará el beneficio pensional al que tiene derecho EL PENSIONADO, en caso de modificarse, este contrato perderá su validez y se deberá firmar un contrato de retiro programado.

CUARTA. Cambios en la conformación del núcleo familiar del pensionado. El PENSIONADO se obliga a informar a PORVENIR S.A. cualquier cambio en la conformación de su núcleo familiar declarado al momento de la solicitud pensional, con miras al reporte que debe realizar la administradora a la oficina de bonos pensionales del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en adelante OBP.

QUINTA. Descuentos. Sobre el importe de la mesada pensional PORVENIR S.A. realizará los descuentos que, por ley, se encuentran previstos para la cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y los pagos se realizarán a la entidad promotora de salud - EPS seleccionada e informada por el PENSIONADO. De igual manera, aplicará los descuentos previamente autorizados por el PENSIONADO o los que por orden judicial se determinen. **PARÁGRAFO**. El PENSIONADO deberá informar a PORVENIR S.A. las entidades de Seguridad Social a donde se deberán dirigir los descuentos de ley, y cualquier cambio que se presente con relación a las mismas, deberá actualizarlos de manera oportuna para que PORVENIR S.A. pueda aplicar dichas novedades

SEXTA. Sustitución Pensional. En caso de fallecimiento de él PENSIONADO, PORVENIR S.A. sustituirá el derecho pensional en favor de los beneficiarios de Ley previamente informados por el pensionado.

En el evento que existan reclamantes de pensión no avisados por el pensionado, PORVENIR S.A actualizará los datos ante la OBP y estará supeditado a la aprobación o rechazo de la prestación reclamada.

SEPTIMA. Comisión. PORVENIR S.A cobrará por la administración de los recursos que se encuentran depositados en la cuenta de retiro programado, una comisión equivalente al 1% mes vencido, sin exceder del 1.5% del valor de la mesada. De conformidad con lo previsto en el numeral 1.3.2 de Parte II – Título III – Capítulo II de la Circular Básica Juridica.

OCTAVA. Auxilio Funerario. PORVENIR S.A. reintegrará el valor de los gastos fúnebres por el fallecimiento del PENSIONADO, en favor de quien demuestre haberlo sufragado en los montos previstos en la ley, para lo cual los reclamantes deberán aportar la documentación que en su oportunidad sea requerida.

NOVENA. Inexistencia de beneficiarios de pensión. Si a la muerte del PENSIONADO no le sobreviven beneficiarios con derecho a la sustitución de pensión, el saldo de la cuenta individual de ahorro pensional no utilizado en la financiación de la pensión hará parte de la masa sucesoral de bienes del causante, para lo cual se deberá presentar la correspondiente sentencia ejecutoriada o escritura pública de sucesión en la que se designe a los herederos y porcentajes en que dichos recursos deberán asignarse.

PARAGRAFO: Si el pensionado fallece sin dejar beneficiarios, ni causahabientes, el saldo en la cuenta de ahorro individual, se destinará al financiamiento de la garantía estatal de pensión mínima debiendo por tanto ser girados a la Dirección del Tesoro Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público previo el procedimiento previsto en el artículo 2.2.6.3.2. del decreto 1833 del 2016.

DÉCIMA. Notificaciones. El PENSIONADO autoriza a PORVENIR S.A. a realizar cualquier tipo de notificación relacionada con los efectos de este contrato vía correo electrónico santosjuancamilo@gmail.com, o en la Dirección CRA 11 140 87 INT 1 APTO 502, teléfono 3123778391, o los medios que disponga el PENSIONADO para el efecto. PORVENIR S.A. recibirá notificaciones a través de cualquiera de sus oficinas a nivel nacional, cualquier cambio en la información de notificación deberá ser informado por EL PENSIONADO a PORVENIR S.A a través de sus canales autorizados.

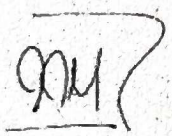
CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN PENSIONAL – GARANTIA DE PENSIÓN MÍNIMA VEJEZ

DÉCIMA PRIMERA. Domicilio. El presente contrato se firma en dos ejemplares del mismo tenor y valor, en la ciudad de _____donde se firma el contrato, a los _____días de _____de 202_.

El PENSIONADO

Firma del Pensionado	
Nombre Pensionado	JUAN CAMILO SANTOS GRANADOS
Cédula: 19493644	Celular: 3123778391

PORVENIR S.A.



_____

Representante Legal Porvenir S.A.