

**DECLARACIÓN DE ENTERAMIENTO
PROGRAMA DE SUBSIDIO AL APOORTE EN PENSIÓN (PSAP)
FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL**

Yo, _____, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No.- _____

_____ expedida en _____, en mi condición de aspirante al **PROGRAMA DE SUBSIDIO AL APOORTE EN PENSIÓN (PSAP)** del Fondo de Solidaridad Pensional, efectúo la siguiente declaración de enteramiento a su Administrador Fiduciario, sobre los siguientes aspectos:

1.- Entiendo que el diligenciamiento del formulario de afiliación al **PROGRAMA DE SUBSIDIO AL APOORTE EN PENSIÓN (PSAP)** del Fondo de Solidaridad Pensional, **NO** me otorga de manera automática derecho alguno de afiliación al mencionado Programa y/o de percibir el correspondiente subsidio.

2.- Entiendo que la afiliación al **PROGRAMA DE SUBSIDIO AL APOORTE EN PENSIÓN (PSAP)** del Fondo de Solidaridad Pensional, se hará efectiva cuando reciba la **CARTA DE ACEPTACIÓN** por parte del Administrador Fiduciario.

3.- Entiendo que el Administrador Fiduciario debe efectuar el seguimiento, revisión y validación posterior a mi afiliación para verificar el cumplimiento de requisitos de permanencia en el Programa y la posible ocurrencia de causales de pérdida del derecho al subsidio señaladas en el artículo 2.2.14.1.24 del Decreto 1833 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya.

4.- Entiendo que al adquirir la condición de afiliado(a) al **PROGRAMA DE SUBSIDIO AL APOORTE EN PENSIÓN (PSAP)** del Fondo de Solidaridad Pensional, los **DEBERES** que asumo en tal condición son los siguientes:

4.1.- Pagar **oportunamente** a la Administradora Colombiana de Pensiones, COLPENSIONES, **el valor completo** del aporte mensual obligatorio a mi cargo. Entiendo que una vez vencida la fecha límite para el pago ante COLPENSIONES, no existe otra oportunidad para efectuar el pago del aporte que corresponda a ese mes, conforme al siguiente cronograma de días hábiles de pago:

Últimos dígitos Cédula de Ciudadanía	Día hábil para pago	Últimos dígitos Cédula de Ciudadanía	Día hábil para pago	Últimos dígitos Cédula de Ciudadanía	Día hábil para pago
00 al 07	2	36 al 42	7	70 al 75	12
08 al 14	3	43 al 49	8	76 al 81	13
15 al 21	4	50 al 56	9	82 al 87	14
22 al 28	5	57 al 63	10	88 al 93	15
29 al 35	6	64 al 69	11	94 al 99	16

4.2.- Efectuar el pago oportuno del aporte a mi cargo, directamente a favor de la Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES, a través de los medios dispuestos por la ley para este fin así:

a.- Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA). Entiendo que, al optar por este medio de pago, **DEBO** comunicarme con el operador de pago de mi preferencia e indicarle que la cotización debe realizarse con los **CÓDIGOS** creados para: Beneficiarios del **Fondo de Solidaridad Pensional (33) o madre sustituta (4) o concejal de municipios categorías 4, 5 y 6 (36)**, según corresponda.

b.- Recibo de pago expedido por COLPENSIONES. Entiendo que al optar por este medio de pago, la Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES, expedirá anualmente a mi nombre **UN TALONARIO** con los recibos mensuales de pago de mi aporte obligatorio, que será enviado a la dirección que he reportado ante el Administrador Fiduciario, o ante COLPENSIONES y en el evento de no haberlo recibido, debo gestionar su obtención a través de las Páginas WEB: www.colpensiones.gov.co, en la siguiente ruta: *Afiliados/Programa de subsidio al Aporte en pensión*; o www.fondodesolidaridadpensional.gov.co, en la siguiente ruta: *información de interés/trámites y servicios/descarga de recibo*, y a través del link: <https://www.fondodesolidaridadpensional.gov.co/informacion-de-interes/tramites-y-servicios/descarga-de-recibo.html>, o también puedo acudir a cualquiera de las sedes Regionales del Administrador Fiduciario para que me sean suministrados.

4.3.- Reportar al **Administrador Fiduciario y a COLPENSIONES**, cualquier cambio de información de mis datos de contacto, tales como: Dirección de residencia, teléfono fijo, teléfono celular y correo electrónico; igualmente, también debo informar **oportunamente**, si los datos incluidos en los citados TALONARIOS presentan algún error.

4.4.- Reportar al **Administrador Fiduciario y a COLPENSIONES**, cualquier cambio en la información de mis datos personales relacionados con mis nombres, apellidos, documento de identificación y cambio de dirección.

4.5.- Reportar oportunamente al Administrador Fiduciario, las novedades relacionadas con mi afiliación tales como: actual desempeño de un empleo o labor remunerada; trámites pensionales; suspensión del pago del aporte obligatorio y reconocimiento de prestaciones pensionales.

4.6.- Suministrar toda la información necesaria para que el Administrador Fiduciario establezca con certeza, si he incurrido en alguna de las causales de pérdida del derecho al subsidio, para lo cual entiendo que debo aportar **en el término que me fuese otorgado**, todos los documentos que me requieran.

4.7. - Conservar los comprobantes de pago del aporte obligatorio que he efectuado ante COLPENSIONES, así como las comunicaciones que hubiere recibido de parte del Administrador Fiduciario o de COLPENSIONES, las cuales pueden ser requeridas en cualquier momento por algunas de las precitadas Entidades.

4.8.- Acudir ante la Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES para obtener información sobre los periodos en los que se ha registrado el aporte obligatorio que he efectuado, el número de semanas cotizadas y mi Historia Laboral. Tengo pleno conocimiento que COLPENSIONES es la **única entidad** facultada para suministrar y certificar la información citada en el literal anterior, así como para reconocer y pagar **prestaciones de carácter pensional**.

5.- Entiendo que al adquirir la condición de afiliado(a) al **PROGRAMA DE SUBSIDIO AL APOORTE EN PENSIÓN (PSAP)**, del Fondo de Solidaridad Pensional, los **DERECHOS** que me asisten en tal condición son los siguientes:

5.1.- Recibir la Carta de Aceptación de la afiliación al **PROGRAMA DE SUBSIDIO AL APOORTE EN PENSIÓN (PSAP)** del Fondo de Solidaridad Pensional, si cumplo con los requisitos de ingreso y no me encuentro incurso en ningún tipo de causal que me impida acceder al mismo.

**DECLARACIÓN DE ENTERAMIENTO
PROGRAMA DE SUBSIDIO AL APORTE EN PENSIÓN (PSAP)
FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL**

5.2.- A que COLPENSIONES, registre el pago de mi aporte obligatorio al Programa y presente ante el Administrador Fiduciario la respectiva **cuenta de cobro**, requisito indispensable para que éste programe en la nómina, los subsidios que serán girados a mi favor con destino a COLPENSIONES, **previa la validación** por parte de la Interventoría y Auditoría del Fondo y la **autorización de pago** por parte del Ministerio del Trabajo.

Entiendo y soy consciente que, sin la presentación de la mencionada cuenta de cobro por parte de COLPENSIONES y sin la autorización de pago del Ministerio del Trabajo, el Administrador Fiduciario no puede girar ningún subsidio a mi favor.

5.3.- A que el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad Pensional, gire a mi favor con destino a COLPENSIONES, el porcentaje del valor total del aporte a pensión a que tengo derecho, **siempre y cuando haya pagado de forma completa y oportuna el aporte que me corresponde y no incurra en ninguna causal de pérdida del derecho al subsidio** establecida en el artículo 2.2.14.24 del Decreto 1833 de 2016.

Entiendo que el subsidio a mí otorgado, se efectuará por el porcentaje y tiempo en semanas conforme al grupo poblacional al que pertenezco, como se indica a continuación:

GRUPO POBLACIONAL	SUBSIDIO OTORGADO	TIEMPO DE SEMANAS SUBSIDIADAS
Concejal	75%	650*
Ediles	75%	650*
Mayores de 40 Años	75%	650
Madres Sustitutas	80%	N/A
Discapacitados	95%	750

* Durante el tiempo que el afiliado ostente tal calidad.

5.4.- Recibir el TALONARIO que COLPENSIONES expedirá a mi nombre, con los recibos de pago para efectuar el aporte o cotización a mi cargo, así como recibir de esa entidad, la información que le solicite sobre los pagos que he efectuado de mi aporte obligatorio, el número de semanas cotizadas y mi Historia Laboral, como **única entidad** facultada para suministrar y certificar dicha información y para reconocer y pagar **prestaciones de carácter pensional**.

5.5.- Gestionar la obtención del Certificado de Vinculación al Programa, a través de la página WEB: www.fondodesolidaridadpensional.gov.co en la siguiente ruta: *información de interés/ trámites y servicios/ descarga de certificación*.

6.- Entiendo y soy consciente que el Administrador Fiduciario efectuará la suspensión o bloqueo de mi afiliación cuando aplique las novedades que indiquen que probablemente estoy incurso en una de las causales de pérdida del derecho al subsidio, contenidas en el artículo 2.2.14.1.24 del Decreto 1833 de 2016, para lo cual el Administrador Fiduciario me garantizará el Derecho al Debido Proceso en ejercicio del Principio de Defensa y Contradicción para efectos de mi retiro o reactivación en el Programa, cuando a ello hubiere lugar.

7.- Entiendo y soy consciente que el **ordenador del gasto** del Fondo de Solidaridad Pensional es el **Ministerio del Trabajo** y no el Administrador Fiduciario, por lo tanto, **EL PAGO DE TODO SUBSIDIO** al que tenga derecho, debe ser **COBRADO POR COLPENSIONES y AUTORIZADO PREVIAMENTE** por el Ministerio del Trabajo.

8.- Entiendo y soy consciente que que el pago de subsidios correspondientes a **vigencias anteriores** a la del año actual, será sometido al trámite de **VIGENCIAS EXPIRADAS** que debe adelantar el **Ministerio del Trabajo**, en su condición de ordenador del gasto y representante del Fondo de Solidaridad Pensional.

9.- Entiendo y soy consciente que el pago de subsidios no se aplica de forma automática en mi Historia Laboral, por lo que debo esperar a que se finalice satisfactoriamente el proceso de acreditación del pago del subsidio por parte de COLPENSIONES y lo pueda ver reflejado en el reporte de mis cotizaciones al Sistema de Pensiones.

10.- Entiendo y soy consciente que el subsidio es **TEMPORAL**, razón por la que cuando se cumpla **EL LÍMITE MÁXIMO LEGAL DE SEMANAS** a subsidiar para mi grupo poblacional, **o CUMPLA SESENTA Y CINCO (65) AÑOS DE EDAD**, quedará incurso en una causal de pérdida del derecho al subsidio y, en consecuencia, **procederá mi retiro del Programa**.

Para constancia firmo a los ___ días del mes de _____ de 201__

(Firma) _____

Nombres y Apellidos Completos:	
Cédula de Ciudadanía:	
Barrio:	
Ciudad	
Departamento:	
Teléfono Fijo:	
Teléfono Celular:	
Correo Electrónico:	