

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                             |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|------------------------|----------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                          |                             |                        | Versión<br>3                     |             |  |                            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                          |                             |                        | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |             |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                             |                        | Código:<br>04-02-FO-0002         |             |                                                                                     |                            |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                             |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | martha lucia lopez perez    |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                         | X                      | C.E                              | No.         |                                                                                     | 51717479                   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | planificacion508@gmail.com  |                        |                                  | CELULAR:    |                                                                                     | 3102313057                 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                             |                        |                                  | SUBRED      |                                                                                     |                            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | CONV.RUTA MATERNO PERINATAL |                        |                                  | SEDE:       |                                                                                     | SUBRED                     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                        |                             |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | PA16U09-3         | 100                      |                             |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCOLOMBIA S.A   |                          |                             |                        | TIPO DE CUENTA:                  |             | AHORRO                                                                              |                            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 20585685991                 |                        |                                  |             | PENSIONADO                                                                          | SI                         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                             |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 4135                     |                             |                        | VIGENCIA                         |             | 2023                                                                                |                            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 253               | FECHA                    | 2023-01-24<br>13:38:27.000  |                        | NÚMERO DE CRP                    | 14696       | FECHA                                                                               | 2023-02-27<br>00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | AUXILIAR DE ENFERMERIA   |                             |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | DESDE                    | FECHA INICIAL               |                        | HASTA                            | FECHA FINAL |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          | 2023-02-27                  |                        |                                  | 2023-02-28  |                                                                                     |                            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                             |                        | \$103,875                        |             |                                                                                     |                            |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   | PIC                      |                             | RESERVA DE GLOSA 0%    |                                  |             | N/A                                                                                 |                            |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |                   |                          |                             |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                            |                   |                          |                             |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                             |                        |                                  | VALORES     |                                                                                     |                            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                             |                        |                                  | \$1,194,560 |                                                                                     |                            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                             |                        |                                  | \$103,875   |                                                                                     |                            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                             |                        |                                  | \$103,875   |                                                                                     |                            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                             |                        |                                  | \$0         |                                                                                     |                            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                             |                        |                                  | \$1,090,685 |                                                                                     |                            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                             |                        |                                  | 9%          |                                                                                     |                            |
| El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                             |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                  |                   |                          |                             |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                           | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC |                             | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL                        | APORTE ARL  | TOTAL APORTES                                                                       |                            |
| 9448188069                                                                                                                                                                                                                                                   | \$908,526         | \$113,566                |                             | \$145,364              | 3                                | \$22,132    | \$281,062                                                                           |                            |
| Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                   |                          |                             |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| DAYSÍ MICHELLE VILLARREAL DOMINGUEZ<br>1083458232<br>Supervisor                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                             |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.                                                                                                                                         |                   |                          |                             |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                          |                             |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                      | ACTIVIDADES                                                                                                                                                  | PRODUCTOS                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| REALIZAR SEGUIMIENTO DE LOS USUARIOS INSCRITOS EN LA RIAS ASIGNADAS                                                                                                                                                             | dando cumplimiento al convenio 0006 del 2021 se realiza articulación equipo técnico equipo dinamizador del convenio 0006 del 2021                            | rendir informes y elaboración de actas de acuerdo al convenio 0006 del 2021             |
| realizar búsqueda activa demanda inducida y canalización de los usuarios asignados a las diferentes actividades según frecuencias de uso contenidas en las RIAS                                                                 | dando cumplimiento al convenio 0006 del 2021 se realiza articulación equipo técnico equipo dinamizador del convenio 0006 del 2021                            | rendir informes y elaboración de actas de acuerdo al convenio 0006 del 2021             |
| realizar seguimiento a la adherencia de los usuarios a las rutas mediante la evaluación del cumplimiento de las actividades establecidas por curso de vida a través de los sistemas de información estandarizados por la subred | dando cumplimiento al convenio 0006 del 2021 se realiza articulación equipo técnico equipo dinamizador del convenio 0006 del 2021                            | rendir informes y elaboración de actas de acuerdo al convenio 0006 del 2021             |
| realizar las actividades de búsqueda para la captación oportuna de usuarios a las RIAS desde los servicios de urgencias hospitalización ambulatorios                                                                            | se da cumplimiento con las actividades delegadas al convenio 0006 del 2021                                                                                   | se cumple a cabalidad con los del convenio 0006 del 2021                                |
| gestionar efectivamente la inclusión de los usuarios a las actividades de las RIAS pertinentes por curso de vida y realizar seguimiento a la asistencia de estos a las acciones programadas                                     | realizar demandas inducidas y llevar en orden las frecuencias de cursos de vida para realizar la asignación de citas requeridas en la base de canalizaciones | se cumple a cabalidad con la base de canalizaciones                                     |
| diligenciar oportunamente a través de las rutas internas establecidas la entrega de usuarios según diagnóstico de riesgo identificados a las diferentes RIAS                                                                    | se da cumplimiento con las actividades delegadas al convenio 0006 del 2021                                                                                   | se diligencia base de canalizaciones                                                    |
| diligenciar con calidad y oportunidad las diferentes bases de archivos y software institucionales designados para la consignación de las actividades y acciones realizadas                                                      | se da cumplimiento con las actividades delegadas por el líder y referente de la ruta de materno                                                              | se cumple a cabalidad con la base de canalizaciones                                     |
| responder con oportunidad y calidad por la elaboración de informes con la periodicidad asignada que les sean requeridos                                                                                                         | se da cumplimiento con las actividades delegadas por el líder y referente de la ruta de materno                                                              | se cumple a cabalidad con la base de canalizaciones                                     |
| informar oportunamente a los líderes de ruta correspondiente los hallazgos y dificultades encontrados durante el seguimiento relacionados con la gestión del riesgo de los usuarios (barreras de acceso)                        | dando cumplimiento al convenio 0006 del 2021 se realiza articulación equipo técnico equipo dinamizador del convenio 0006 del 2021                            | se cumple a cabalidad con la base de canalizaciones                                     |
| asistir y participar activamente a las diferentes asistencias técnicas seguimiento y reuniones que sean convocados internas y externas y certificar su asistencia                                                               | se participa en las capacitaciones tanto presenciales como virtuales                                                                                         | reunión presencial el 28/02/2023 en el capso pablo vi por el DR ebért                   |
| cumplir a cabalidad las normas de bioseguridad protección y seguridad en la realización de los procesos y procedimientos de acuerdo con la normatividad vigente                                                                 | siempre presto un excelente servicio a los usuarios de acuerdo al protocolo                                                                                  | se utiliza tapabocas diario                                                             |
| gestionar efectivamente las actividades de articulación con las diferentes rutas y los espacios de vida cotidiana así como notificar oportunamente las dificultades y acciones de resolutivez alcanzadas                        | siempre presto un excelente servicio a los usuarios de acuerdo al protocolo y evidenciado en dinámica                                                        | se realiza agendamiento de médico general citas                                         |
| participar en las acciones de inducción y capacitación de acuerdo a la necesidad y convocatorias recibidas                                                                                                                      | se participa en las capacitaciones tanto presenciales como virtuales                                                                                         | seguimientos de la base de canalizaciones                                               |
| mantener actualizados los conocimientos de las actividades contenidas en las diferentes RIAS planes de beneficio y portafolio de servicios institucionales                                                                      | se participa en las capacitaciones tanto presenciales como virtuales                                                                                         | seguimientos de la base de canalizaciones                                               |
| realizar seguimiento a la población priorizada en la subred a fin de garantizar su atención integral en la ruta                                                                                                                 | se realizó el registro diario y consolidación de la base de canalizaciones en la RIAS                                                                        | seguimientos de la base de canalizaciones                                               |
| asignar los servicios que requiera la población de la ruta en los casos priorizados en la subred                                                                                                                                | se realizó el registro diario y consolidación de la base de canalizaciones en la RIAS                                                                        | seguimientos de la base de canalizaciones                                               |
| realizar el registro de la información genérica del seguimiento del seguimiento resultante a la población de la ruta en la herramienta tecnológica dispuesta en la subred                                                       | se realizó el registro diario y consolidación de la base de canalizaciones en la RIAS                                                                        | seguimientos de la base de canalizaciones                                               |
| acompañar el proceso de entrenamiento realizado por parte del profesional de enfermería                                                                                                                                         | se participa en las capacitaciones tanto presenciales como virtuales                                                                                         | cumplimiento al 100%                                                                    |
| realizar selección de los casos de población priorizada resultante de los seguimientos realizadas desde las unidades de servicios para dar gestión a los casos                                                                  | se participa en las capacitaciones tanto presenciales como virtuales                                                                                         | respuestas efectivas al correo del líder de RIAS                                        |
| participar en los espacios que se convoquen por parte del nivel central o de la persona líder del convenio                                                                                                                      | se participa en las capacitaciones tanto presenciales como virtuales                                                                                         | reunión presencial el 28/02/2023 en el capso pablo vi por el DR ebért                   |
| ejecutar las acciones programadas por líder de convenio para implementación de RIAS                                                                                                                                             | se participa en las capacitaciones tanto presenciales como virtuales                                                                                         | seguimientos de las bases de canalizaciones                                             |
| demás concernientes en el marco del presente convenio                                                                                                                                                                           | se realizó el registro diario y consolidación de la base de canalizaciones en la RIAS                                                                        | diligenciamiento de información encontrada en dinámica para las bases de canalizaciones |

DAYSI MICHELLE VILLARREAL DOMINGUEZ  
1083458232  
Supervisor

---

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud  
Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..  
Copyright © 2021

Copia Certificada  
Subred Suroccidente

**DOCUMENTO EQUIVALENTE No 1/ 2023**  
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**  
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**MARTHA LUCIA LOPEZ PEREZ**  
**C.C 51.717.479 DE BOGOTA**

La suma de \$103.875 (Ciento tres mil ochocientos setenta y cinco mil pesos m/cte.) por concepto de prestar servicios de apoyo la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Gestión del Riesgo en salud, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional, en el marco del Convenio Interadministrativo No.0006 de 2021 durante el periodo de 27 al 28 de febrero del 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4135-2023.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Martha L. Lopez P.', is shown within a rectangular border.

**Martha Lucia López Pérez**  
**C.C 51.717.479**  
**CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA**  
**NUMERO 20585685991**

Medellín, 23 de noviembre de 2021

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**

**CERTIFICA:**

Que MARTHA LUCIA LOPEZ PEREZ identificado(a) con cedula de ciudadanía 51717479 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/06/2017

Fecha fin cobertura:

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E N900959048

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3

**CLASE:** 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3851101

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

**Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2,436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:**

**Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago:** La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

**Parágrafo 1:** Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomara la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.artsura.com.co](http://www.artsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código unico de generación valido por un mes:

C517174792132767287

Atentamente,

**Dirección de Afiliaciones y Recaudos**

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. en tanto para su desafiliación importante. La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos de

23/11/2021 6:41 PM



**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR  
COMPENSAR  
NIT 860.066.942-7**

**CERTIFICA QUE**

Que el(la) señor(a) MARTHA LUCIA LOPEZ PEREZ identificado(a) con cedula ciudadania 51.717.479, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro  |
|------------------|---------------|
| 20170614         | No Registrada |

Beneficiarios:

| Nombre Beneficiario              | Paren. | Identificación | Tipo de Identificación | Fecha de Afiliación | Fecha de Retiro | Estado Afiliación |
|----------------------------------|--------|----------------|------------------------|---------------------|-----------------|-------------------|
| BERNARDO ANTONIO LONDOÑO CASTAÑO | CY     | 79270429       | CC                     | 20180512            | No Registrada   | Activo            |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 21 días del mes de Noviembre de 2021

**Observaciones:**

**Con destino a:**

SUBRED SUR OCCIDENTE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS.

Cordialmente,  
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO  
17323824

CER-AFI

[www.compensar.com](http://www.compensar.com)

Bogotá D.C., 01 de octubre de 2021  
RAD-91279-10-21

Señor (a):  
MARTHA LUCIA LOPEZ PEREZ  
tv 70 g 63 52 sur  
calzado\_luiciani@yahoo.com  
Tel: 3102313057  
BOGOTA, D.C.-BOGOTA D.C

Asunto: Reconocimiento de Pensión en Modalidad de Retiro Programado  
Tipo de Trámite: Garantía de Pensión Mínima - (TEMPORAL)  
Código: RP001  
Identificación: 51717479

Apreciado(a) Señor(a):

Con relación a su solicitud de pensión radicada ante esta Administradora nos permitimos informarle que usted cumple con los requisitos establecidos en la Ley, por lo que Colfondos S.A. le informa que su solicitud de pensión ha sido **APROBADA**.

Lo anterior teniendo en cuenta que:

1. Al verificar el patrimonio pensional acumulado -correspondiente al saldo de su cuenta de ahorro individual y el valor del bono pensional en caso de que tuviese derecho al mismo- y los beneficiarios reportados en la solicitud, dicho patrimonio es insuficiente para financiar una pensión de vejez en los términos del Artículo 64 de la Ley 100 de 1993.
2. Que el número de semanas por usted cotizadas, alcanzan las 1.150 semanas requeridas para acceder a la Garantía de Pensión Mínima, en concordancia con el Artículo 65 de la Ley 100 de 1993.

A continuación informamos los factores tenidos en cuenta para el reconocimiento de la pensión:

| Beneficiario principal y sustitutos                        |                                  |                                   |           |                   |                       |               |                     |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------|-------------------|-----------------------|---------------|---------------------|
| Número de ID.                                              | Nombre y Apellidos               | F. de Nacimiento                  | Género    | % de Distribución | Extinción del Derecho | Parentesco    | Estado Beneficiario |
| 51717479                                                   | MARTHA LUCIA LOPEZ PEREZ         | 31/10/1963                        | Femenino  | 100%              |                       | Principal     | Activo              |
| 79270429                                                   | Bernardo Antonio Londoño Castaño | 09/01/1963                        | Masculino |                   |                       | Cónyuge       | Activo              |
|                                                            |                                  |                                   |           |                   |                       |               |                     |
|                                                            |                                  |                                   |           |                   |                       |               |                     |
|                                                            |                                  |                                   |           |                   |                       |               |                     |
| Fecha de Adquisición del derecho: 01 de septiembre de 2021 |                                  |                                   |           |                   |                       |               |                     |
| Información General                                        |                                  |                                   |           |                   |                       |               |                     |
| Edad del afiliado                                          | 57                               | Saldo Cuenta de Ahorro Individual |           |                   |                       | \$ 39.041.974 |                     |
| % de Pérdida de Capacidad Laboral                          |                                  | Valor Mesada                      |           |                   |                       | \$ 908.526    |                     |
| Total semanas cotizadas                                    | 1247                             | Fecha inicio pago retroactivo:    |           |                   |                       | 01/09/2021    |                     |
| Estado del Bono Pensional                                  | Emitido                          | Fecha final pago retroactivo:     |           |                   |                       | 30/09/2021    |                     |

\*Todos nuestros afiliados podrán acudir al Defensor del Consumidor Financiero o su Suplente, quienes deberán dar trámite a sus reclamaciones de forma objetiva y gratuita. Dentro de las funciones del Defensor del Consumidor Financiero están las de ser vocero y actuar como conciliador de los Consumidores Financieros en los términos indicados en la Ley 640 de 2001, también puede dirigir en cualquier momento a la Junta Directiva de la Administradora recomendaciones, propuestas y peticiones. Para la presentación de las reclamaciones el afiliado únicamente deberá informar los hechos, sus datos de identificación y contacto (dirección, teléfono y correo electrónico) con el fin de hacerle llegar la correspondiente respuesta. Defensor del Consumidor Financiero de Colfondos S.A.: Correo electrónico: ([defensoria@colfondos.com.co](mailto:defensoria@colfondos.com.co)), Principal: Dr. José Guillermo Peña González, Suplente: Dr. Carlos Alfonso Cifuentes Neira; Dirección: Av. 19 No. 114-09 oficina 502 en Bogotá; Tel.: 213 13 70 y 213 13 22; Celular: 321 924 04 79; Horario de Atención: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m. en jornada continua.\*

**Colfondos S.A. Pensiones y Cesantías, Nit. 800.149.496-2 - Sociedad administradora de fondos de pensiones y de cesantía. Calle 67 No. 7-94, Bogotá, Colombia.**  
Conmutador: 376 5155, 376 5066 • [www.colfondos.com.co](http://www.colfondos.com.co) • Línea Contact Center: • Bogotá: 748 4888 • Barranquilla: 386 9888 • Bucaramanga: 698 5888 • Cali: 489 9888  
• Cartagena: 694 9888 • Medellín: 604 2888 • Gratis desde el resto del país: 01 8000 510 000 • ingresarlo a través de [www.colfondos.com.co](http://www.colfondos.com.co) Opción contáctanos

|                                           |              |                             |                 |
|-------------------------------------------|--------------|-----------------------------|-----------------|
| Valor del Bono Pensional a Fecha de Corte | \$ 4.931.258 | Fecha de pago primer mesada | Octubre de 2021 |
|                                           |              | Número de mesadas al año    | 13              |

| Seguro Previsional         |  | Descuentos a Realizar sobre el Retroactivo por pagos recibidos con anticipación |  |
|----------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------|--|
| Aseguradora Previsional    |  | Pagos recibidos por concepto de incapacidades                                   |  |
| Valor Indemnización Pagada |  | Otros pagos recibidos                                                           |  |

| Observaciones |
|---------------|
|               |

Debido a que la modalidad de pensión para el reconocimiento de la garantía de pensión mínima es el **Retiro Programado**, procederemos a realizar su ingreso a nuestra nómina de pensionados para lo cual es necesario que tenga en cuenta la siguiente información:

- La pensión le será reconocida desde la fecha de adquisición del derecho, momento en el cual se cumplieron los requisitos que establece la ley.
- En cumplimiento al artículo 142, de la Ley 2010 de 2019, si su mesada pensional corresponde a un salario mínimo legal mensual vigente (SMLMV) se procederá a descontar el ocho por ciento (8%) como cotización en salud, con destino a la Entidad Promotora de Salud (EPS) en la cual se encuentre activo a la fecha en que realicemos su ingreso a la nómina de pensionados.
- En caso de corresponderle pago de retroactivo por mesadas anteriores al 31 de diciembre de 2019, se procederá a descontar el doce por ciento (12%) como aporte al Sistema de Seguridad Social en Salud, con destino a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y a partir del 1 de enero de 2020 el descuento se aplicará de acuerdo al artículo 142, de la Ley 2010 de 2019.
- La fecha máxima para ingreso a nomina será el día quince (15) de cada mes, si su reconocimiento fue emitido posterior a esa fecha ingresará para la nómina del mes siguiente.
- La fecha de pago de su mesada pensional se realizará el día veinticinco (25) de cada mes, con abono a su cuenta bancaria; en el evento que este día no sea hábil, la transferencia se realizará el día hábil inmediatamente anterior.
- En el evento que no registre afiliación a ninguna EPS para la fecha del ingreso a la nómina de pensionados, su mesada y demás pagos quedarán retenidos hasta tanto allegue copia de la afiliación en calidad de pensionado, donde deberá relacionar los siguientes datos:

NIT 900391901-2

Razón social: Fondo de Pensiones Obligatorias Colfondos Retiro Programado.

- Si usted pertenece a un régimen de excepción en salud, su descuento se realizará por el porcentaje antes informado pero con destino a la ADRES.
- Si usted es residente en el exterior y no desea que le realicemos descuentos para salud, debe notificar mediante comunicado escrito que tanto usted como su grupo familiar

\*Todos nuestros afiliados podrán acudir al Defensor del Consumidor Financiero o su Suplente, quienes deberán dar trámite a sus reclamaciones de forma objetiva y gratuita. Dentro de las funciones del Defensor del Consumidor Financiero están las de ser vocero y actuar como conciliador de los Consumidores Financieros en los términos indicados en la Ley 640 de 2001, también puede dirigir en cualquier momento a la Junta Directiva de la Administradora recomendaciones, propuestas y peticiones. Para la presentación de las reclamaciones el afiliado únicamente deberá informar los hechos, sus datos de identificación y contacto (dirección, teléfono y correo electrónico) con el fin de hacerle llegar la correspondiente respuesta. Defensor del Consumidor Financiero de Colfondos S.A.: Correo electrónico: ([defensoriacolfondos@pgabogados.com](mailto:defensoriacolfondos@pgabogados.com)), Principal: Dr. José Guillermo Peña González, Suplente: Dr. Carlos Alfonso Cifuentes Neira; Dirección: Av. 19 No. 114-09 oficina 502 en Bogotá; Tel.: 213 13 70 y 213 13 22; Celular: 321 924 04 79; Horario de Atención: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m. en jornada continua.\*

presentan servicio de salud en el país de residencia y remitir la certificación emitida por el respectivo consulado o embajada certificando su residencia en el correspondiente país.

- i) Siendo usted residente en el exterior y desea que sus pagos se transfieran a una cuenta bancaria de su país de residencia, deberá presentar un código SWIFT y/o código ABA.
- j) Si su reconocimiento de pensión indica que recibirá trece (13) mesadas al año, su mesada adicional será cancelada únicamente en el mes de junio, por el contrario si su reconocimiento se realizó bajo catorce (14) mesadas, recibirá las mesadas adicionales en los meses de junio y diciembre.
- k) Si se hace referencia a una pensión de Garantía Mínima "TEMPORAL", esto significa que una vez se cause la redención normal del bono pensional, solicitaremos ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público el reconocimiento de la pensión DEFINITIVA, para lo cual le solicitaremos en ese momento que actualice la documentación de la solicitud de pensión que se requiera por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

En Colfondos estamos comprometidos con nuestros afiliados para brindarles el acompañamiento y asesoría necesarias que les permitan tomar decisiones bien informadas. En caso de tener inquietudes con relación a esta comunicación, no dude en contactarnos a través de nuestro portal: [www.colfondos.com.co](http://www.colfondos.com.co) (aquí también podrá encontrar la normatividad relacionada anteriormente consultando el código del comunicado a través de la sección "aprende") sección **canales de servicio**, o a través de nuestro Contact Center en las siguientes líneas:

| Ciudad          | Teléfono | Ciudad          | Teléfono |
|-----------------|----------|-----------------|----------|
| Bogotá:         | 7484888  | Bucaramanga:    | 6985888  |
| Barranquilla:   | 3869888  | Cali:           | 4899888  |
| Medellín:       | 6042888  | Cartagena:      | 6949888  |
| Resto del país: |          | 01 800 05 10000 |          |

Atentamente,



**ANDRÉS CAMARGO ORTIZ**  
Coordinador de Pensiones  
Elaboró: Angela Chirivi

\*Todos nuestros afiliados podrán acudir al Defensor del Consumidor Financiero o su Suplente, quienes deberán dar trámite a sus reclamaciones de forma objetiva y gratuita. Dentro de las funciones del Defensor del Consumidor Financiero están las de ser vocero y actuar como conciliador de los Consumidores Financieros en los términos indicados en la Ley 640 de 2001, también puede dirigir en cualquier momento a la Junta Directiva de la Administradora recomendaciones, propuestas y peticiones. Para la presentación de las reclamaciones el afiliado únicamente deberá informar los hechos, sus datos de identificación y contacto (dirección, teléfono y correo electrónico) con el fin de hacerle llegar la correspondiente respuesta. Defensor del Consumidor Financiero de Colfondos S.A.: Correo electrónico: ([defensoriacolfondos@pgabogados.com](mailto:defensoriacolfondos@pgabogados.com)), Principal: Dr. José Guillermo Peña González, Suplente: Dr. Carlos Alfonso Cifuentes Neira; Dirección: Av. 19 No. 114-09 oficina 502 en Bogotá; Tel.: 213 13 70 y 213 13 22; Celular: 321 924 04 79; Horario de Atención: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m. en jornada continua.\*