3258

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 04
FECHA: 2024-02-22

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 3258 2024	**C.D.P. No.:**	136
Proceso que pertenece:	DIRECCION FINANCIERA		
Servicio al que pertenece:	FACTURACION		
Unidad a la que pertenece:	HOSPITAL SANTA CLARA		
Nombre del Contratista:	BARBARA VIQUE	**C.C.**	39.630.036 de BOGOTÁ D.C
Fecha Inicio:	01 DE FEBRERO DE 2024	**Fecha Terminación Inicial:**	31 DE MARZO DE 2024
Valor Mensual:	$ 2.672.026	**Valor a cobrar:**	$ 2.672.026

ADICIÓN/ OTRO SI.	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.672.026	957	2024-04-01	2024-04-30
2	$ 2.672.026	1372	2024-05-01	2024-05-31
3	$ 2.672.026	1722	2024-06-01	2024-06-30
4	$ 2.672.026	2229	2024-07-01	2024-07-31
6	$ 2.672.026	2661	2024-08-01	2024-08-31

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	FEBRERO	$ 2.672.026	$ 196.000	1108644314	19/02/2024
2	MARZO	$ 2.672.026	$ 194.200	1108884838	11/03/2024
3	ABRIL	$ 2.672.026	$ 194.500	1109049851	10/04/2024
4	MAYO	$ 2.672.026	$ 195.000	1109274741	10/05/2024
5	JUNIO	$ 2.672.026	$ 194.200	1109492240	13/06/2024
6	JULIO	$ 2.672.026	$ 194.200	1109698248	16/07/2024
7	AGOSTO	$ 2.672.026	$ 194.200	1109922180	12/08/2024

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5.344.052	$ 18.704.182	$ 18.704.182	$ 0

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2024-08-01 **Hasta:** 2024-08-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Recepcionar a diario las facturas generadas y organizar por pagador.	seleccioné los ingresos asignados para su respectiva revisión	Las actividades realizadas se pueden evidenciar en los DRIVE de inconsistencias y armada de cuentas, y/o en el equipo de cmútoa ubicado en la coordinación de facturación
2	Verificar contra historia clínica que se encuentren facturados y registrados todos los procedimientos, medicamentos e insumos del usuario atendido.	Realicé la verificación de los procedimientos, medicamentos, insumos y demas actividades registrados en la historia clinica contra lo cargado en el ingreso asignado	
3	Realizar liquidación y cargue de procedimientos quirúrgicos de acuerdo a la normatividad y acuerdo de voluntades con las entidades responsables de pago (ERP)	Verifiqué el cargue y liquidación de los procedimientos registrados en la historia clínica coinicdieran para su respectivo cobro a la ERP	
4	Verificar que las facturas contengan las tarifas y soportes de acuerdo a la normatividad y acuerdo de voluntades con las entidades responsables de pago (ERP)	Revisé que las tarifas correspondan a lo contratado con las diferentes ERP	
5	Realizar y consolidar las causales de devoluciones de las facturas electrónicas de venta(FEV) o registros de servicio, para corrección de forma oportuna.	Reporté a cada facturador las novedades encontradas en el momento de la revisión de las prefacturas asignadas	
6	Generar las relaciones de envío y solicitud de RIPS oportunamente, por cada una de las FEV a radicar a las entidades responsables de pago.	Verifiqúe los códigos de diagnostico segun CIE 10 para su posterior envio a RIPS por parte del área del armado	
7	Garantizar la radicación oportuna de la facturación de las entidades asignadas, de acuerdo a las fechas programadas.	Desde la actividad que desarrollo verifiqué que los ingresos asignados fueran cerrados oportunamente para su porterior radicación	
8	Informar oportunamente a la coordinación de facturación las razones que podrían dificultar o la no radicación oportuna de las facturas.	Informé y/o socialicé al profesiona encargado las novedades presentadas durante el proceso de revisión	
9	Realizar desplazamiento a las EAPB para entrega de facturas, en caso de ser necesario.	actividad no programada	
10	Registrar y subir las facturas y soportes en los aplicativos WEB disponibles por las entidades responsables de pago, para radicación de facturas.	Revisé que los soportes de la cuenta trabajada estuviesen cargados en los diferentes aplicativos y/o herramientas de ayuda del sistema de información DGH reportando las novedades evidenciadas	
11	Realizar acompañamiento a los facturadores que se encuentran en los centros de atención, garantizando los soportes necesarios para la radicación efectiva antes las diferentes entidades responsables de pago.	Realicé el acompañamiento, soporte y retroalimentación a los facturadores con el fin de subsanar las novedades durante cada jornada	
12	Dar respuesta a las devoluciones de facturas de forma oportuna y de acuerdo a la normatividad vigente.	Desde la actividad que desarrollo recibí la retroalimentación de los motivos de devolución	
13	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información DGH y bases de datos.	Apoye los diferentes procesos del área en los momentos de contingencia, lentitud y/o caidas del sistema y bases de datos	
14	Realizar actualización en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS	Participé de las reuniones del área y recibí las socializaciones eviaadas por los grupos del área	
15	Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato.	Ejecuté las demas actividades actividades asignadas apoyando los diferentes dentro del área	

Observaciones:

Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión., Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Firma del Contratista

C.C. 39.630.036 de BOGOTA D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO	
NOMBRE:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO
CARGO:	DIRECTOR FINANCIERO
FIRMA	

Cuenta de cobro 7 - PS 3258 2024

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

BARBARA VIQUE

C.C 39.630.036 de la ciudad de BOGOTÁ D.C

LA SUMA DE:

DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL VEINTISEIS PESOS M/CTE **$ 2.672.026**

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 3258 2024 correspondiente al mes de AGOSTO de 2024

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

BARBARA VIQUE
C.C 39630036
Teléfono 3138233134
Direccion CARRERA 72 M BIS N° 42B - 46 SUR
No Cuenta 8480228801 AHORROS BANCO DAVIVIENDA
Fecha: 31/08/2024

ach SOI | Pagos de Seguridad Social

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Scotiabank. COLPATRIA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	39630036
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BARBARA VIQUE
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 72 M BIS 42 B 46	TELÉFONO:	7116592
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	1109922180	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/08/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1319546029

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700
SUBTOTALES:									$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 39630036	VIQUE BARBARA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE	REQ CUMP PENS	$ 1.300.000				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	39630036	$ 31.700

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 194.200

ach SOI

Planilla Pagada

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del contrato**
8 Modificaciones del contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del contrato

◯ Porcentaje ◯ Recepción de artículos

Plan de pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ◯ Si ◉ No

Identificación 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

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 3258 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf	PS 3258 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3258 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf	PS 3258 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3258 2024 CUNTA DE COBRO ABRIL 2024 .pdf	PS 3258 2024 CUNTA DE COBRO ABRIL 2024 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3258 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2024.PDF	PS 3258 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2024.PDF	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	RP PS 3258 2024.pdf	RP PS 3258 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3258 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2024.pdf	PS 3258 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3258 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2024.pdf	PS 3258 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

Bogotá D.C., 15 de octubre de 2019
RAD-54607-10-19

Señor (a):
BARBARA VIQUE
KR 72M BIS 44B 46
BARBYSCHO1@GMAIL.COM
Tel: 3138233134
BOGOTÁ, D.C.

Asunto: Reconocimiento de Pensión en Modalidad de Retiro Programado
Tipo de Trámite: Garantía de Pensión Mínima - (TEMPORAL)
Código: RP001
Identificación: 39630036

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
39630036	BARBARA VIQUE	30/03/1960	Femenino	100%		Principal	Activo
19285678	JAVIER ARCADIO AMORTEQUI DUARTE	21/05/1956	Masculino			Compañero	Inactivo

Fecha de Adquisición del derecho: 01 de octubre de 2019

Información General

Edad del afiliado	59	Saldo Cuenta de Ahorro Individual	$ 30.072.618
% de Pérdida de Capacidad Laboral		Valor Mesada	$ 828.116
Total semanas cotizadas	1363	Fecha Inicio pago retroactivo:	01/10/2019
Estado del Bono Pensional	Emitido	Fecha final pago retroactivo:	

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

"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, y ser voceros ante Colfondos, lo cual implica la posibilidad de dirigir en cualquier momento a su Junta Directiva, recomendaciones, propuestas y peticiones. Para la presentación de las reclamaciones, el afiliado únicamente deberá describir los hechos, así como sus datos de identificación y contacto con el fin de hacerle llegar la correspondiente respuesta. Defensor del Consumidor Financiero: José Guillermo Peña González (defensoriacolfondos@pgabogados.com), Suplente: Carlos Alfonso Cifuentes Neira (defensoriacolfondos@pgabogados.com), - Dirección: Av. 19 No. 114 – 09 oficina 502, en Bogotá, Tel.: 2131370, 2131322 y celular 321 9240479, Horario de Atención: lunes a viernes de 8.00 a.m. a 5:30 p.m. en jornada continua (No Festivos)."

Scanned by TapScanner

Valor del Bono Pensional a Fecha de Corte		$ 21.036.492		Fecha de pago primer mesada	Octubre 2019
				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:

a) La pensión le será reconocida desde la fecha de adquisición del derecho, momento en el cual se cumplieron los requisitos que establece la ley.

b) En caso de corresponderle pago de retroactivo, 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).

c) La fecha máxima para ingreso a nomina será el dia quince (15) de cada mes, si su reconocimiento fue emitido posterior a esa fecha ingresará para la nómina del mes siguiente.

d) 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 dia no sea hábil, la transferencia se realizará el día hábil inmediatamente anterior.

e) De su mesada pensional se le aplicara un descuento del doce por ciento (12%) como aporte al Sistema de Seguridad Social en Salud, aporte que se realizará 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, de acuerdo con la información que registre en la ADRES.

f) 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.

g) 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.

h) 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 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.

"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, y con quienes este Colfondos, lo cual implica la posibilidad de dirigir en cualquier momento a su Junta Directiva, recomendaciones, propuestas y peticiones. Para la presentación de las reclamaciones, el afiliado únicamente deberá describir los hechos, así como sus datos de identificación y contacto con el fin de hacerle llegar la correspondiente respuesta. Defensor del Consumidor Financiero: José Guillermo Peña González (defensoriacolfondos@pgabogados.com). Suplente: Carlos Alfonso Cifuentes Neira (defensoriacolfondos@pgabogados.com). - Dirección: Av. 19 No. 114 – 09 oficina 502, en Bogotá. Tel. 2131370, 2131322 y celular 3219240479, Horario de Atención: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m. en jornada continua (No Festivos)."

Scanned by TapScanner

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 (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: Andrés Vásquez

"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, y ser voceros ante Colfondos, lo cual implica la posibilidad de dirigir en cualquier momento a su Junta Directiva, recomendaciones, propuestas y peticiones. Para la presentación de las reclamaciones, el afiliado únicamente deberá describir los hechos, así como sus datos de identificación y contacto con el fin de hacerle llegar la correspondiente respuesta." Defensor del Consumidor Financiero: José Guillermo Peña González (defensoriacolfondos@pgabogados.com), Suplente: Carlos Alfonso Cifuentes Neira (defensoriacolfondos@pgabogados.com), - Dirección: Av. 19 No. 114 – 09 oficina 502, en Bogotá, Tel.: 2131370, 2131322 y celular 321 9240479, Horario de Atención: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m. en jornada continua (No Festivos)."

Scanned by TapScanner