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 – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

BARBARA VIQUE

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	39.630.036				
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				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3258 2024		FECHA INICIO CONTRATO		01 DE FEBRERO DE 2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.344.052	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (02) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 24.048.234		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 2.672.026
Nº DE INFORME:	DIEZ (10)	Nº CRP:	17125	Nº CDP:	136
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	OCHO (8)	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	OCHO (8)	PRORROGAS	OCHO (8)	
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	957	CRP DE LA ADICIÓN:	22721	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	CRP DE LA ADICIÓN:	26072	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	CRP DE LA ADICIÓN:	29735	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	CRP DE LA ADICIÓN:	33874	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	CRP DE LA ADICIÓN:	38075	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	CRP DE LA ADICIÓN:	41160	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	CRP DE LA ADICIÓN:	43160	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.344.052	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	CRP DE LA ADICIÓN:	45039	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:		

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)

ITEM	
1	Realicé seguimiento a los ingresos de los facturadores de urgencias para su respectivo cierre
2	Realicé la verificación de los procedimientos, medicamentos, insumos y demas actividades registrados en la historia clínica contra lo cargado en los ingresos a facturar
3	Verifiqué el cargue y liquidación de los procedimientos registrados en la historia clinica coinicdieran para su respectivo cobro a la ERP
4	Reporté a cada facturador las novedades encontradas en el momento de la revisión de las prefacturas asignadas
5	Desde la actividad que desarrollo verifiqué que los ingresos asignados fueran cerrados oportunamente para su porterior radicación
6	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
7	Realicé el acompañamiento, soporte y retroalimentación a los facturadores con el fin de subsanar las novedades durante cada jornada
8	Socialicé a cada facturador las novedades reportadas en el DRIVE de armado
9	Revisé los ingresos reportados con novedad y solicitud de anulación
10	Participé de las reuniones del área y recibí las socializaciones eviadas por los grupos del área

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1110486671	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	13/11/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	PENSIONADA		
RIESGOS LABORALES:	SURA	13/11/2024	$ 31.700
OTRO			
	TOTAL PAGADO		$ 194.200

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

BARBARA VIQUE
C.C 39.630.036
cel: 3138233134

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 – GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/11/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS:	**BARBARA VIQUE**	**CC:**	**39630036**
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	barbyscho1@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3138233134**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 72 M BIS Nº 42B - 46 SUR	**CIUDAD:**	BOGOTÁ D.C

Manifiesto bajo la gravedad del Juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.	
NO tomaré costos y deducciones	**(X)**
SI tomaré costos y deducciones	**( )**

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	**SI ( )**	**NO (X)**

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**8480228801**
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA					

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3258 2024**	**Nº CDP:**	**3657**	**Nº. RP:**	**45039**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :**	**ONCE (11) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**01 DE FEBRERO DE 2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31 DE DICIEMBRE 2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**	**$ 29.392.286**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL**	**1/11/2024**	**AL**	**30/11/2024**			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$**						**2.672.026**
	DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL VEINTI SEIS PESOS MDA / CTE						

BARBARA VIQUE
C.C 39.630.036
cel: 3138233134

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION

CÓDIGO: AP-IA-FT-078
VERSIÓN: 2

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

NOMBRE DEL CONTRATISTA	BARBARA VIQUE
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	39.630.036

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3258 2024		FECHA INICIO CONTRATO	01 DE FEBRERO DE 2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.344.052				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 29.392.286		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2.672.026	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	DIEZ (10)	Nº CRP INICIAL:	17125	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	136
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1110486671		OPERADOR:	SOI	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	FACTURACION - URGENCIAS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	OCHO (8)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				OCHO (8)	OCHO (8)
VALOR ADICIONADO	2672026	CDP DE LA ADICIÓN:	957	RP DE LA ADICIÓN:	22721	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2672026	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	RP DE LA ADICIÓN:	26072	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2672026	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	RP DE LA ADICIÓN:	29735	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2672026	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	RP DE LA ADICIÓN:	33874	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2672026	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	RP DE LA ADICIÓN:	38075	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2672026	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	RP DE LA ADICIÓN:	41160	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2672026	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	RP DE LA ADICIÓN:	43160	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	5344052	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	RP DE LA ADICIÓN:	45039	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?		
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?		
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?		
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?		
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?		

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del **(01/11/2024) AL (30/11/2024)**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO DIRECTOR FINANCIERO
	YAMILE CANO HERRERA REFERENTE FACTURACION

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco AV Villas

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:			1110486671	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/11/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	10486671

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																					SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																															PENSIÓN								SALUD						ARP												
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	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 39630036	MIGUE BARBARA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE	REQ CUMPPENS	$ 1,300,000				NO																			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1,300,000	$ 162,500	$ 0	$ 162,500	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,300,000	39630036	$ 31,700	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 194.200

Planilla Pagada

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

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