

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	BARBARA VIQUE			CC:	39630036	
CORREO ELECTRÓNICO:	BARBYSCHO1@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3138233134	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 72M BIS 42B 46			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	8480228801	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 1367 2025	N° CDP:	2510	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DIEZ (10) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.672.026					



BARBARA VIQUE
PS_1367_2025_C2C7E9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

BARBARA VIQUE

CC: 39630036

CEL: 3138233134

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

BARBARA VIQUE

CON C.C N°

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 1367 2025 FECHA INICIO CONTRATO 2025/01/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 8.016.078 No. HORAS EJECUTADAS 0

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 26.720.260 VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 2.672.026

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS DIEZ (10) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: RONALD AGUILAR GOMEZ

II. 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)

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 clínica coincidieran 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

III. 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?	X	
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?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
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?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1112118041	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/08/13	\$ 178.200
PENSIÓN:	SIN DATO	2025/08/13	\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/13	\$ 34.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 213.000

V. 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación 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 período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



BARBARA VIQUE

PS_1367_2025_C2C7E9

BARBARA VIQUE

CC: 39630036

FIRMA DE QUIEN VALIDA



YAMILE CANO HERRERA

PS_1367_2025_C2C7E9

YAMILE CANO HERRERA

SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



RONALD AGUILAR GOMEZ

PS_1367_2025_C2C7E9

RONALD AGUILAR GOMEZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO

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:					

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).

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:

- 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 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).
- 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.
- 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.
- 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 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 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).

- 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).