

Barranquilla, Septiembre 7 de 2022

La Caja de Compensación Familiar de Barranquilla
COMBARRANQUILLA

CERTIFICA

Que el Señor GUERRERO PAREDES DISCOBULO identificado con cédula de ciudadanía No. 5114169 se encuentra inscrito a esta corporación por intermedio de la empresa BELTRAN & BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S.A.S..

Cordialmente


WILSON ROMERO
Jefe de Subsidios

Barranquilla, Septiembre 7 de 2022

La Caja de Compensación Familiar de Barranquilla
COMBARRANQUILLA

CERTIFICA

Que el Señor JAIME GOMEZ CARDALES identificado con cédula de ciudadanía No. 73100355 se encuentra inscrito a esta corporación por intermedio de la empresa BELTRAN & BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S.A.S..

Cordialmente


WILSON ROMERO
Jefe de Subsidios

Barranquilla, Septiembre 7 de 2022

La Caja de Compensación Familiar de Barranquilla
COMBARRANQUILLA

CERTIFICA

Que el Señor DEISY ISABEL SALAS CASTILLO identificado con cédula de ciudadanía No. 1143143646 se encuentra inscrito a esta corporación por intermedio de la empresa BELTRAN & BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S.A.S..

Cordialmente


WILSON ROMERO
Jefe de Subsidios

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

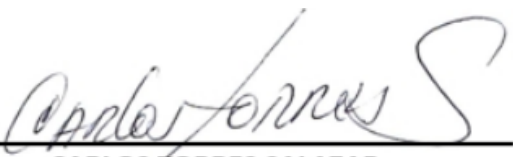
Para la atención de servicios de salud POS, el suscrito afiliado se encuentra registrado en la EPS con los siguientes datos.

Información del Cotizante y/o Cabeza de Familia										
Tipo Ident.	Número de Ident.	Nombres	Apellidos	Fecha de Afiliación	Departamento	Ciudad	Dirección	Teléfono	Regimen	Estado
CC	73100355	JAIME	GOMEZ CARDALES	2020-12-01	BOLÍVAR	CARTAGENA DE INDIAS	CL 0 # MZ N LT - 10 BENKO BIOHO	6517003	C	Activo

Informacion del Aportante				
NIT/CC	Razon Social	Estado	Rango Cotizante	Fecha Vinculacion
900930904	BELTRAN BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S A S	N	A	07/09/2022

La anterior certificación se expide y firma, a los 12 días del mes de Septiembre de 2022, a solicitud del interesado y es válida hasta los 12 días del mes de Octubre de 2022

Cordialmente,


CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

Medellín, 09 de septiembre de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de BELTRAN Y BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL ATLANTICO		Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6,96 %		
C1044426754	BARRAZA MERIÑO JONATHAN JOSE	10/09/2022		15189618	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como 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 el 09/09/2022 16:32:59 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.33.1.53, 192.230.104.2, 172.16.42.57

Barranquilla, Septiembre 12 de 2022

La Caja de Compensación Familiar de Barranquilla
COMBARRANQUILLA

CERTIFICA

Que el Señor JONATHAN JOSE BARRAZA MERINO identificado con cédula de ciudadanía No. 1044426754 se encuentra inscrito a esta corporación por intermedio de la empresa BELTRAN & BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S.A.S. y tiene inscrito(s) como persona(s) a cargo a: LUCERO ANDREA BARRAZA MOLINA, JOSE ENRIQUE BARRAZA MOLINA.

Cordialmente


WILSON ROMERO
Jefe de Subsidios



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado EPS SURA

CERTIFICA

Que JONATHAN JOSE BARRAZA MERIÑO identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANIA número 1044426754, aparece registrado(a) en EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1044426754
NOMBRES Y APELLIDOS	JONATHAN JOSE BARRAZA MERIÑO
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/01/2020
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	58
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	34
EMPLEADOR(ES)	NI 900930904 BELTRANYBELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES DESDE 10/09/2022

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 12/09/2022

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JONATHAN JOSE BARRAZA MERINO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.044.426.754**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Septiembre del 2022.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Medellín, 09 de septiembre de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**HACE CONSTAR:**

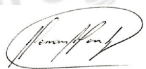
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de BELTRAN Y BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL ATLANTICO		Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6,96 %		
C1140894237	BELTRAN VALLE ANDRES SAMUEL	12/09/2022		a1341314	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como 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 el 09/09/2022 16:23:05 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.33.1.53, 192.230.104.2, 172.16.42.57

Barranquilla, Septiembre 12 de 2022

La Caja de Compensación Familiar de Barranquilla
COMBARRANQUILLA

CERTIFICA

Que el Señor ANDRES SAMUEL BELTRAN VALLE identificado con cédula de ciudadanía No. 1140894237 se encuentra inscrito a esta corporación por intermedio de la empresa BELTRAN & BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S.A.S..

Cordialmente


WILSON ROMERO
Jefe de Subsidios

Pensión obligatoria

Datos básicos

Información general

Número de Solicitud	Lugar de solicitud	Campaña	Foco de gestión
1000761730	COL, ATLÁNTICO, BARRANQUILLA	SIN CAMPAÑA	*****
Fecha de solicitud	Tipo de afiliación	Traslado AFP - Pensión familiar	AFP administradora anterior
12-09-2022	Vinculación inicial	*****	*****
Traslado de Régimen - Pensión familiar	Régimen administrador anterior	Administradora hacia la cual se solicita el traslado	
*****	*****	*****	

Información personal

Tipo de documento	Número documento de identidad	Nacionalidad	Lugar de expedición	
CÉDULA DE CIUDADANIA	1140894237	COLOMBIA	COL, ATLÁNTICO, BARRANQUILLA	
Fecha de expedición	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
07-10-2015	ANDRES	SAMUEL	BELTRAN	VALLE
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Género		
03-10-1997	COL, ATLÁNTICO, BARRANQUILLA	MASCULINO		
Lugar de residencia		Dirección de residencia		
COL, ATLÁNTICO, BARRANQUILLA		Calle 82 # 72 - 43		
Correo electrónico		Autorizo el envío de correspondencia y notificaciones al correo electrónico		Autorizo el envío de información a:
andresbeltran@gmail.com		Si		*****
Teléfono celular	Autorizo el envío de información al celular	Teléfono fijo	Ciudad del teléfono	
3017227880	Si	*****	*****	

Dirección de oficina	Lugar de ubicación de la oficina
*****	*****

Beneficiarios

Beneficiarios					
No					
Apellidos y Nombres	Sexo	Número identificación	Tipo identificación	Fecha nacimiento	Código parentesco
*****	*****	*****	*****	*****	*****

* Códigos parentesco: 01 Cónyuge 02 Compañero permanente 03 Padres 04 Hijo 05 Hijo inváido 06 Hermano inválido.

Los beneficiarios relacionados serán válidados de acuerdo a las normas legales vigentes.

Datos laborales

Tipo de afiliado

Pensión obligatoria

Datos laborales

Tipo de afiliado

Dependiente

Ha cotizado más de 150

semanas en

Cuál(es)

Trabajador dependiente/asociado

Tipo identificación empleador

CTA/EAT

NIT

Número identificación empleador (Sin dígito de verificación)

900,930,904

Nombre o razón social

BELTRANYBELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES

Ciudad empleador

COL, ATLÁNTICO, BARRANQUILLA

Dirección correspondencia empleador

Calle 82 # 72 - 43

Correo electrónico empleador

contabilidadbybpilotajes@gmail.com

Teléfono fijo

3119340

Teléfono celular

Ocupación o cargo actual

INGENIERO

Salario integral

No

Salario mensual

\$ 1,000,000

Fecha ingreso empresa

12-09-2022

Es PEP o tiene familiar PEP (Persona expuesta públicamente)

No

Clasificación PEP

Representante Comercial

Tipo identificación

CC

Identificación

32721675

Nombre

Monira Del Socorro Campo Angulo

Tratamiento de datos

VOLUNTAD DE SELECCIÓN Y AFILIACIÓN

Hago constar que la selección del Régimen de ahorro individual con solidaridad lo he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. Manifiesto que he elegido a PROTECCIÓN S.A para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

El afiliado tiene el derecho a retractarse de su decisión dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en la que se le informe de la validación de la afiliación o del traslado por parte de la administradora seleccionada.

DECLARACIONES DEL TITULAR

- a. Declaro que toda la información suministrada por mí a PROTECCIÓN es verdadera.
- b. Conozco los derechos y las condiciones aplicables para el tratamiento de datos personales, acorde con la política de tratamiento de datos personales de PROTECCIÓN y su aviso de privacidad que se encuentran publicadas en la página web [www.protección.com](#).
- c. He sido informado acerca de la no obligatoriedad de las respuestas a las preguntas que me sean hechas, cuando éstas versen sobre datos sensibles, tales como origen racial o étnico, orientación política, convicciones religiosas o filosóficas, pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos, datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos o sobre los datos de los niños, niñas y adolescentes

OBLIGACIONES LAVADO DE ACTIVOS

1. Me obligo con PROTECCIÓN a actualizar mi información como mínimo una vez al año, a suministrar los documentos exigidos por la ley en el momento

Pensión obligatoria

Tratamiento de datos

que estos sean solicitados para el control de lavados de activos y a indicar la procedencia de los depósitos.

TRATAMIENTO DE DATOS SENSIBLES

En los términos de la ley 1581 de 2012 y del decreto 1377 de 2013 (compilado en el decreto único reglamentario 1074 de 2015), no estás obligado a autorizar el tratamiento de aquella información considerada como sensible (Ejemplo: religión, filiación política, origen étnico, afiliación sindical, orientación sexual, entre otros). No obstante, debes saber que PROTECCIÓN en cumplimiento de disposiciones normativas emanadas del sistema de seguridad social (Ley 100 de 1993) y por instrucciones de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia, está obligada a realizar tratamiento sobre este tipo de datos (Ejemplo: Historia clínica, datos de beneficiarios menores de edad, datos biométricos para validación de identidad, grabación de imágenes en oficinas de servicio) única y exclusivamente para la materialización de los siguientes propósitos y/o finalidades:

- Para validar y verificar tu identidad en transacciones incluyendo cuando sea requerido, la consulta y reproducción de datos sensibles tales como la huella digital, imágenes, videos o voz, entre otros.
- Para monitorear las condiciones de seguridad en las oficinas de servicio mediante sistemas de videovigilancia.
- Para garantizar la prestación de los servicios relacionados con: el reconocimiento de incapacidades médicas, reconocimiento de la pensión de sobreviviente para los beneficiarios menores de edad y el reconocimiento de la pensión de invalidez para aquellas personas que han sufrido una pérdida de la capacidad laboral.

AUTORIZACIÓN DE RECOLECCIÓN Y USO DE DATOS PERSONALES

1.Autorizo a la Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías PROTECCIÓN S.A. en adelante PROTECCIÓN y a todas aquellas entidades del sistema general de seguridad social, Asofondos y a quienes en el futuro ostenten los derechos de los aquí autorizados, a realizar el tratamiento de mis datos personales, actividades que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, para los finen enunciados en la política de tratamiento de datos personales de PROTECCIÓN, documento que he leído y me fue suministrado con la afiliación.

2.Autorizo a PROTECCIÓN para que comparta mi información personal con terceros con quienes haya celebrado alianzas y/o con proveedores con el propósito de cumplir con el objeto social, prestar adecuadamente el servicio, gestionar riesgos, atender reclamos y realizar gestión comercial, conforme a la normatividad vigente. Si quieres conocer con quiénes compartimos tu información, puedes acceder al siguiente enlace:

<https://www.proteccion.com/contenidos/persona/cesantias/ley-proteccion-datos-personales>

Si

3.Autorizo a PROTECCIÓN para enviar información de uso comercial o publicitaria relacionada con nuestros productos, servicios, eventos o alianzas, a través de medios físicos o virtuales registrados.

Si

Información de firma con apoderado

¿Firma con apoderado?

No

Tipo de documento	Número documento de identidad	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido
*****	*****	*****	*****	*****

Segundo Apellido

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No de Radicacion

4008902614

Fecha de Radicación

01/09/2012

Página 1 de 2

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite		2. Tipo afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒		A. Individual: ☐ B. Colectiva ☐		A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	
4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante		6. Código (a registrar por la EPS)	
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐		A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐		1	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres		7. Tipo documento de Identidad		8. Número del documento de Identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
BELTRAN Primer apellido		CC		VALLE Segundo apellido		ANDRES Primer nombre		SAMUEL Segundo nombre	
				1140894237		Femenino ☐ Masculino ☒		01/09/2012	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
6		Tipo FINH Condición TIP					
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL				16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC	
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.				PROTECCION		1000000	
18. Residencia							
CL 82 72 43 Dirección		Telefono fijo		3017227880 Telefono celular		ANDRESBELTRAN@GMAIL.COM Correo electronico	
BARRANQUILLA Municipio/Distrito		zona Urbana ☒ Rural ☐		Localidad / comuna		ATLANTICO Departamento	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido		Segundo apellido	
20. Tipo documento de identidad		21. Número documento identidad	
22. Sexo		23. Fecha de nacimiento	
Femenino ☐ Masculino ☐			

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres			
Primer apellido		Segundo apellido	
Primer nombre		Segundo nombre	
B1		B2	
B3		B4	
B5			
25. Tipo documento de identidad		26. Número de identidad	
B1		B2	
B3		B4	
B5			
27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
Femenino ☐ Masculino ☐			

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad		Condición	
				Tipo F N M		T P	
B1		B2		B3		B4	
B5							
32. Datos de residencia							
Municipio/Distrito		Zona Urbana Rural		Departamento		Teléfono Fijo y/o celular	
B1		B2		B3		B4	
B5							
						33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C VS PRESTIGE - VS UOD PRADO		VSPRESTIGE - VSUODPRADO	
B -		-	
B -		-	
B -		-	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social		36. Tipo de identificación		37. Número de documento de Identificación		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
BELTRAN Y BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCI		NIT		900930904		01	
39. Ubicación		3119340 Teléfono		CONTABILIDADBYPILOTAJES@GMAIL.COM Correo electrónico		BARRANQUILLA Municipio/distrito	
CL 82 N 72 43 Dirección						ATLANTICO Departamento	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
Código:
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo
☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo régimen
☐ B. Diferente régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo		Fecha de nacimiento		42. Fecha	
		Femenino ☐ Masculino ☐				1 2 0 9 2 0 2 2	
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código:		45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. ☐ Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud.
50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
52. ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
53. ☒ Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

	
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
Cantidad: Total: 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio		Código del Departamento		67. Datos del SISBEN Número ficha		Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre			
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad		71. Firma del funcionario					
Observaciones									

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido BELTRAN	Segundo apellido (o de casada) VALLE	Primer nombre ANDRES	Segundo nombre SAMUEL
No de identificación 1140894237	Tipo de documento RC TI ☒ CE PA	Fecha de nacimiento 1997 10 03	Sexo ☒ F
			Fecha diligenciamiento 2022 09 09

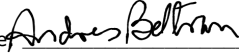
Apreciado usuario: La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la carta de desempeño son unas importantes herramientas de consulta para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y, por supuesto, los canales de comunicaciones con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? ☒ NO
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? ☒ NO
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? ☒ NO
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? ☒ NO
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? ☒ NO

Con su aprobación para el envío de información por medios electrónicos, usted recibirá nuestras comunicaciones relacionadas con novedades de su afiliación y/o de alguno de sus beneficiarios, recordatorio de citas médicas, adicionalmente le remitiremos información de campañas, planes de promoción y prevención diseñados para su bienestar y el de su grupo familiar y en general todo lo que impacte en el cuidado de la salud.

"Yo: ANDRES SAMUEL BELTRAN VALLE identificado con el documento de identidad número: 1140894237, ☒ NO autorizo a Salud Total EPS a enviarme información vía email y/o medios electrónicos.

Firma Cotizante 

www.saludtotal.com.co

Línea local en Bogotá 4854555

Línea gratuita de atención al cliente 018000114524

Síguenos en  Salud Total EPS. Oficial

Tu salud no
es a medias
debe ser **total** **Salud Total** EPS



Huella digital
(en caso de no saber firmar)
F309-RVA V1.0-2013

Medellín, 06 de septiembre de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**HACE CONSTAR:**

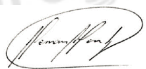
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de BELTRAN Y BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL ATLANTICO				Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %
C1143143646	SALAS CASTILLO DEISY	07/09/2022		2q38f251	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como 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 el 06/09/2022 10:30:05.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.131.229.122, 192.230.104.9, 172.16.42.57

Barranquilla, Septiembre 7 de 2022

La Caja de Compensación Familiar de Barranquilla
COMBARRANQUILLA

CERTIFICA

Que el Señor DEISY ISABEL SALAS CASTILLO identificado con cédula de ciudadanía No. 1143143646 se encuentra inscrito a esta corporación por intermedio de la empresa BELTRAN & BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S.A.S..

Cordialmente


WILSON ROMERO
Jefe de Subsidios

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

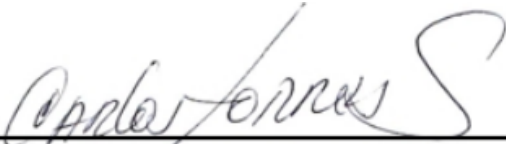
Para la atención de servicios de salud POS, el suscrito afiliado se encuentra registrado en la EPS con los siguientes datos.

Información del Cotizante y/o Cabeza de Familia										
Tipo Ident.	Número de Ident.	Nombres	Apellidos	Fecha de Afiliación	Departamento	Ciudad	Dirección	Teléfono	Regimen	Estado
CC	1143143646	DEISY ISABEL	SALAS CASTILLO	2018-04-13	ATLÁNTICO	BARRANQUILLA	K1H 41B 236	3636560	C	Activo

Informacion del Aportante				
NIT/CC	Razon Social	Estado	Rango Cotizante	Fecha Vinculacion
900930904	BELTRAN BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S A S	N	A	07/09/2022

La anterior certificación se expide y firma, a los 12 días del mes de Septiembre de 2022, a solicitud del interesado y es válida hasta los 12 días del mes de Octubre de 2022

Cordialmente,


CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SALAS CASTILLO DEISY ISABEL** identificado(a) con **CC** número **1.143.143.646** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 17 de enero de 2017 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 07 de septiembre de 2022.

Cordialmente,


Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2022090713342

Medellín, 06 de septiembre de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**HACE CONSTAR:**

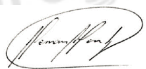
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de BELTRAN Y BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL ATLANTICO		Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6,96 %		
C5114169	GUERRERO PAREDES DISCOBULO	07/09/2022		37155138	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como 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 el 06/09/2022 11:06:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.131.229.122, 192.230.104.9, 172.16.42.57

Barranquilla, Septiembre 7 de 2022

La Caja de Compensación Familiar de Barranquilla
COMBARRANQUILLA

CERTIFICA

Que el Señor GUERRERO PAREDES DISCOBULO identificado con cédula de ciudadanía No. 5114169 se encuentra inscrito a esta corporación por intermedio de la empresa BELTRAN & BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S.A.S..

Cordialmente


WILSON ROMERO
Jefe de Subsidios



- ORIGINAL: E.P.S. -

- 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -



O.P. 283582 07/16



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación

09 09 2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☐	2. Tipo de Afiliación A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia ☒ -Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	Código (a registrar por la EPS)

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres GUERRERO PAREDES DISCOBULO	7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 5114169	9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento 1 4 10 9 1 9 6 2
--	---	---	--	---

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL ARL SURA	16. Administradora de Pensiones PROTECCION	17. Ingreso base de cotización - IBC	
18. Residencia finca los pupos, vía al corregimiento de la playa	19. Teléfono Fijo 314 8223002	20. Correo electrónico al8483613@gmail.com	
21. Municipio/Distrito BARRANQUILLA	22. Zona Urbana ☐ Rural ☐	23. Localidad/Comuna ATLANTICO	24. Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre	20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
--	------------------------------------	---------------------------------------	--	--

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	32. Datos de residencia Municipio/Distrito Zona Urbana Rural Departamento Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	
B	
B	
B	
B	
B	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social BELTRAN & BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S.A.S	36. Tipo de documento de identificación nit	37. Número del documento de identificación 900.930.904-8	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación CALLE 82 NO 72 43 Dirección	40. Teléfono 3119340	41. Correo electrónico contabilidadbybpilotajes@gmail.com	42. Municipio/Distrito BARRANQUILLA	43. Departamento ATLANTICO

- 2a. COPIA: AFILIADO -



- ORIGINAL: E.P.S. -

- 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

O.P. 283582 07/16



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
Código
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS.
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☒ 13. Movilidad: ☒ A. Régimen Contributivo.
☐ B. Régimen Subsidiado.
- ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen.
☐ B. Diferente Régimen.
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento.
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento		42. Fecha		
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☐ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☐ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

DISCOBULO GUERRERO	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: ☐ CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC
Cantidad: Total
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio Código del departamento		67. Datos del SISBÉN Número de ficha Puntaje Nivel			68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad		Número del documento de identidad		71. Firma del funcionario			

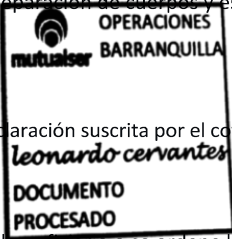
OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

- 2a. COPIA: AFILIADO -

VIGILADO SUPERVISADO

IMPRESO POR: CASADIMENSIONES FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.4545 TEL. 492 2110



Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GUERRERO PAREDES DISCOBULO** identificado(a) con **CC** número **5.114.169** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de julio de 2021 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR
2. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 07 de septiembre de 2022.

Cordialmente,


Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2022090713363

Medellín, 06 de septiembre de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de BELTRAN Y BELTRAN PILOTAJES Y CONSTRUCCIONES S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL ATLANTICO		Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6,96 %		
C73100355	GOMEZ CARDALES JAIME	07/09/2022		92221721	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como 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 el 06/09/2022 13:40:03 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.131.229.122, 192.230.104.9, 172.16.42.57

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JAIME GOMEZ CARDALES identificado(a) con C.C No. 73.100.355, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 07 de septiembre del 2022.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías