SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ANTIOQUIA
CENTRO TEXTIL Y DE GESTION INDUSTRIAL - ANTIOQUIA - SERVICIOS A LA FORMACION PROFESION

Código Regional	**5**
Código Centro	**920610**
Fecha Elaboración	**28 de Febrero de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**50729-444832**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	WILDER YOHANNY OSPINA SALDARRIAGA	**C.C.**	71.793.195	**IP/Nº de contacto**	0000
Correo electrónico contratista:	wospinas@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 10537517275

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 4560949/2023 **Nº Compromiso SIIF** **1923**

Valor Total del Contrato	$ 19.333.333	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 19.333.333	**1**	**Del**	**06/02/2023**	**Al**	**28/02/2023**	**$ 3.333.333,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 16.000.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR:CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL MARCO DEL PROGRAMA OFERTA REGULAR, TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y VIRTUAL EN EL CTGI REGIONAL AN

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.333.333		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.333.333**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.209.675**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**DECRETO 1273**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.333.333	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 166.700	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 213.400	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.000	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 833.333	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ -	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 736.558	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.209.675,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.953.233,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,400%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Jaime Isaza Cadavid	13.333,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.320.000,00**	

SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS VEINTE MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

*Apoyar la divulgación y apertura de los grupos de formación de acuerdo al calendario académico, recolección y revisión de documentos de los aspirantes.
*Apoyar la Planeación y ejecución de la formación profesional de acuerdo al programa de formación asignado, para el logro de los resultados de aprendizaje definidos cumpliendo las horas de formación de las competencias de los programas de formación equivalentes a la programación de la Formación Profesional Integral.
*Apoyar la elaboración de la planeación pedagógica, guías de aprendizaje, instrumentos de evaluación, plan de trabajo, ayudas didácticas requeridos para el desarrollo de los procesos de formación asignados.
*Apoyar el trámite de las novedades de deserción de aprendices acorde con lo establecido en el reglamento del aprendiz.
*Asistir a los aprendices en las novedades acorde con lo establecido en el reglamento del aprendiz.

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

WILDER YOHANNY OSPINA SALDARRIAGA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

CARLOS EDUARDO PALACIO LAVERDE
INSTRUCTOR G18

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:
EL ORDENADOR DEL PAGO

EMILY ELISA CORONADO GARCES
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

EPS

sura

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 **WILDER YOHANNY OSPINA SALDARRIAGA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **71793195** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 71793195
NOMBRES Y APELLIDOS	WILDER YOHANNY OSPINA SALDARRIAGA
TIPO DE AFILIADO	SEGUNDO COTIZANTE
PARENTESCO	CONYUGE
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/12/2020
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	111
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	51

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **18/02/2023**

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

Colpensiones
NIT. 900.336.004-7

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

COLPENSIONES
2023_2494018
16/02/2023 10:37:37 a. m.
WEB
AFILIACIONES
No Folios: 01

20232494018

ESPACIO PARA LA ADMINISTRADORA

REGIONAL | OFICINA
Ejecutivo comercial | Doc. Ejecutivo comercial

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYUSCULA E IMPRENTA SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS

DEPENDIENTE ( ) INDEPENDIENTE (X)

Tipo de documento	CC (X) CD ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) Otro ( ) ¿Cuál?	N.º de documento	71793195
Fecha de Expedición	28 08 1997	Municipio Expedición	Departamento Expedición / Sexo M (X) F ( )
Primer nombre	WILDER	Segundo nombre	YOHANNY
Primer apellido	OSPINA	Segundo apellido	SALDARRIAGA
Fecha nacimiento	12 07 1979	Municipio nacimiento MEDELLIN	Departamento nacimiento ANTIOQUIA / Nacionalidad COLOMBIA
Dirección de residencia	CL 45 A KR 6 C 80 BQ 16 AP 9901	Barrio / vereda de residencia	BUENOS AIRES
Municipio de residencia	MEDELLIN	Departamento de residencia	ANTIOQUIA
Teléfono de residencia		Celular	3196950771
Ocupación u oficio	Traductores, intérpretes y otros lingüist	Ingreso mensual $	4,000,000
Correo electrónico	WILDEROSPINA@GMAIL.COM		

Salario integral	Si ( ) No (X)
Es empleador	Si ( ) No (X)
Alto riesgo	Si ( ) No (X)

AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa que COLPENSIONES envíe notificaciones, estados de cuenta y demás comunicaciones relacionadas con sus trámites y/o solicitudes a través de técnicas y medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, página web y mensaje móvil). Si (X) No ( )

Dirección de ubicación laboral		Barrio/ vereda de ubicación laboral
Municipio de ubicación laboral	Departamento de ubicación laboral	Teléfono laboral

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento	NIT ( ) CC ( ) CD ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) Otro ( ) ¿Cuál?	N.º de documento	DV / Código CIIU
Naturaleza	Pública ( ) Privada ( )	Razón social o nombre	
Dirección		Municipio	
Barrio / vereda		Departamento	Sucursal
Teléfono	Celular	Ocupación u oficio	
Correo electrónico			

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

❶ Tipo de documento	CC ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) RC ( ) Otro ( ) ¿Cuál?	N.º de documento	Fecha de nacimiento (Día / Mes / Año)
Primer nombre		Segundo nombre	
Primer apellido		Segundo apellido	
Nacionalidad		Dirección de residencia	
Municipio de residencia		Barrio / vereda de residencia	Departamento de residencia
Sexo	M ( ) F ( )	Teléfono / Celular	Correo electrónico
Parentesco	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )		

❷ Tipo de documento	CC ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) RC ( ) Otro ( ) ¿Cuál?	N.º de documento	Fecha de nacimiento (Día / Mes / Año)
Primer nombre		Segundo nombre	
Primer apellido		Segundo apellido	
Nacionalidad		Dirección de residencia	
Municipio de residencia		Barrio / vereda de residencia	Departamento de residencia
Sexo	M ( ) F ( )	Teléfono / Celular	Correo electrónico
Parentesco	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )		

IV. AFILIACIÓN A PENSIONES

TIPO DE NOVEDAD: Vinculación inicial ( ) Traslado de régimen (X) Traslado de entidad diferente ( ) Traslado por Pensión Familiar ( )
Ha cotizado más de 150 semanas a las cajas o fondos del sector público: Si ( ) No ( ) Subsidiado: Si ( ) No ( )

Si marcó Traslado indique: Entidad Actual: PORVENIR — Entidad a donde desea trasladarse: COLPENSIONES

El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones: Si ( ) No ( ) ¿Cuál? — Tarifa con la que debe cotizar: %

1. **AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN:** El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES, en calidad de responsable y a los encargados de efectuar el tratamiento de datos, para la recolección y tratamiento de datos de carácter personal y reservado relacionados con la prestación, gestión, administración, personalización, actualización y mejora de los trámites, bienes y servicios de COLPENSIONES, así como la consulta, búsqueda, recolección y uso en cualquier tiempo en las centrales de riesgo o en aquellas entidades privadas y públicas que tengan información del afiliado/ciudadano para realizar los trámites que se refieran a las prestaciones, bienes y servicios de los diferentes componentes del sistema general de seguridad social administrados por COLPENSIONES. Si (X) No ( )
2. **AUTORIZACIÓN, VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN:** El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES, directamente y/o a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos, realice la verificación y de la información suministrada por el afiliado/ciudadano en su documento de identidad y en las demás que aporte a COLPENSIONES, ante las entidades u organismos pertinentes. Si (X) No ( )
3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES. Si (X) No ( )

V. FIRMAS

Recuerde que usted dispone de cinco (5) días hábiles para retractarse de su afiliación en pensiones contados a partir de la fecha en que reciba la respuesta a su solicitud de afiliación o traslado.

Hago constar que la selección de Régimen RPM la he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. También declaro que previo al diligenciamiento de este formulario he recibido una asesoría clara, oportuna y adecuada, en virtud de lo cual manifiesto que de manera informada que he elegido a COLPENSIONES para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS ANTECEDENTES DEL TRABAJADOR INCLUIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACIÓN QUE ME HA SIDO SUMINISTRADA.

FIRMA DEL AFILIADO O SOLICITANTE	HUELLA AFILIADO	NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA
WILDER YOHANNY OSPINA SALDARRIAGA CC. 71793195 Documento firmado electrónicamente			

"Ven por tu FUTURO"

Escaneado con CamScanner

Colpensiones

BOGOTA, D.C., 16 de Febrero de 2023 2023_2494018-34780606

Señor (a):
WILDER YOHANNY OSPINA SALDARRIAGA
WILDEROSPINA@GMAIL.COM
MEDELLIN - ANTIOQUIA

Referencia: Radicado No. 2023_2494018 del 16 de Febrero de 2023
Ciudadano: WILDER YOHANNY OSPINA SALDARRIAGA
Identificación: C.C. 71793195
Tipo de Trámite: AFILIACIONES - Traslado de Régimen

Respetado(a) señor(a):

Reciba un cordial saludo de la Administradora Colombiana de Pensiones - COLPENSIONES, nos permitimos informarle que su solicitud radicada como se indica en el asunto, ha sido recibida de forma satisfactoria.

Es de recordar que en la normatividad vigente, la validación de los requisitos de cumplimiento para traslado de régimen, es efectuada por la AFP a la que se encuentre afiliado el ciudadano, por lo tanto, la aprobación o rechazo del traslado lo determina dicha entidad y es esta quien debe comunicarle la decisión adoptada.

Lo anterior se sustenta a través del concepto 2008026873-001 del 11 de agosto de 2008, subnumeral 3.5, Capitulo Primero, Titulo Cuarto de la Circular Externa 007 de 1006 (Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia), el cual impartió las instrucciones sobre el procedimiento para el traslado entre regímenes pensionales y entre las diferentes administradoras del Sistema General de Pensiones, así:

(...) "Informe de solicitudes de traslado: La administradora anterior, previa verificación del cumplimiento de los requisitos legales, deberá informar a la nueva administradora, al afiliado y al empleador, si es el caso, acerca de la procedencia o no de las solicitudes de traslado" (...)
En los eventos en que la administradora anterior verifique que se cumplieron los requisitos legales para que proceda el traslado, en el respectivo informe precisará la fecha a partir de la cual dicho traslado surte efectos, así como el mes a partir del cual deben efectuarse las cotizaciones a la nueva entidad" (...)

(...) "En los eventos en que no proceda el traslado, el informe deberá expresar con claridad la causa de

Carrera 10 No. 72 – 33 Torre B Piso 11 Bogotá D.C. – Cundinamarca
Bogotá: (57+601) 486 09 09 • Línea Gratuita 01 8000 41 09 09
www.colpensiones.gov.co

Escaneado con CamScanner

ello".

Por lo anterior, Colpensiones iniciará las actividades de validación de la información y la viabilidad de su trámite ante su actual Administradora de Fondo de Pensiones AFP y de ser favorable su solicitud, gestionaremos el traslado de sus aportes e información laboral; de acuerdo con la normatividad vigente, el traslado sería efectivo a partir del primer día del segundo mes, tomando como fecha de inicio la de esta solicitud.

Es oportuno informarle que por parte de su Administradora actual recibirá respuesta definitiva a su solicitud.

En caso de requerir información adicional, por favor acercarse a nuestros puntos de atención al ciudadano; comunicarse con la línea de servicio al ciudadano en Bogotá al 4890909, en Medellin al 2836090, con la línea nacional al 018000 41 0909, en donde estaremos dispuestos a brindarle el mejor servicio.

Agradecemos su confianza recordándole que estamos para servirle.

Documentos que anexó el usuario:

Tipo de documento	Cantidad folios
Formulario de afiliación al Sistema General de Pensiones.	1

Cordialmente,

LUIS GABRIEL REYES ESCOBAR
Director de Atención y Servicio (A)

Carrera 10 No. 72 – 33 Torre B Piso 11 Bogotá D.C. – Cundinamarca
Bogotá (57+601) 486 09 09 • Línea Gratuita: 01 8000 41 09 09
www.colpensiones.gov.co

Escaneado con CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14891889662

(415)7707212489984(8020) 000001489188966 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 1 7 9 3 1 9 5	8	Impuestos de Medellín 1 1	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	71793195	1 9 9 7 0 8 2 8

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OSPINA	SALDARRIAGA	WILDER	YOHANNY

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

41. Dirección principal: CL 45 A CR 6 C 80 16 AP 9901

42. Correo electrónico: wilderospina@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	5 7 7 8 4 4 0	3 1 9 6 9 5 0 7 7 1

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 2 3	2 0 2 1 0 2 1 0	8 2 9 9	2 0 2 2 0 7 1 1				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 01 - 27 / 18 : 36: 04

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre OSPINA SALDARRIAGA WILDER YOHANNY
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Certificado Bancario

Sábado, 18 de febrero de 2023

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que WILDER YOHANNY OSPINA SALDARRIAGA identificado(a) con CC 71793195, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	10537517275	2005/01/26	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.