SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL DISTRITO CAPITAL**
**CENTRO DE GESTION INDUSTRIAL -BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **921110** |
| **Fecha Elaboración** | **Mayo de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **60362-225379** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | LUIS MARIO SOSA RUEDA | **C.C.** | 79.538.529 | **IP/Nº de contacto** | 15478 |
| **Correo electrónico contratista:** | mario.sosa@misena.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 ?** NO

**Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 28174803295

**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:** 4527013/2023 **Nº Compromiso SIIF** **5323**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 16.068.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 10.042.500 | **4** | **Del** | **01/05/2023** | **Al** | **31/05/2023** | **$ 2.008.500,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 8.034.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, para impartir formación profesional integral, según programación establecida en los diferentes niveles de formación de acuerdo a las competencias requeridas en cada uno de los programas de titulada y/o complementaria y demàs actividades derivadas de formaciòn que se le asignen , aplicando las metodologías y criterios técnico

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 2.008.500 | | 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** | **$ 2.008.500** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.098.638** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Mayo | Abril |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **7881502270** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.160.000 | $ 1.160.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 145.000 | $ 145.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 185.600 | $ 185.600 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL II | $ 12.200 | $ 12.200 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 502.125 | $ - | |
| 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 | $ 200.850 | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 366.213 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 1.098.638,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 1.677.900,00 | |
| 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 | 16.209,00 | 0,966% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Otras Retenciones | 0,00 | 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** | **$1.992.291,00** | |

**SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

291201026. Garantizar el cumplimiento de la normatividad y legislación vigente relacionada con los sistemas de gestión, según la naturaleza de la Organización
291201025. Documentar los procesos necesarios para la implementación, mantenimiento y mejora de los Sistemas de Gestión

**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.

**LUIS MARIO SOSA RUEDA**
**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,

**OSCAR BARRERA HURTADO**
**INSTRUCTOR**

**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**

**MONICA ANDRADE RIOS**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 79538529 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LUIS MARIO SOSA RUEDA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CRA 87 B 19 A 40 | TELÉFONO: | 2771175 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Ensayos y análisis técnicos. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL | SUCURSAL / DEPENDENCIA: | 02 - CPS INM |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | | **7881503370** | TIPO DE PLANILLA: | | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | abril | AÑO | 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | abril | AÑO | 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | | | 3 | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | | 2023/05/12 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | | 2077380409 |

## TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 384.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.400 | $ 0 | $ 384.000 | $ 1.400 | $ 385.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 384.000** | **$ 1.400** | **$ 385.400** |

## 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 | $ 300.000 | $ 0 | $ 1.100 | $ 0 | $ 300.000 | $ 1.100 | $ 0 | $ 301.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 300.000** | **$ 1.100** | **$ 0** | **$ 301.100** |

## 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 |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 58.500 | $ 58.500 | $ 300 | $ 0 | $ 58.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 58.500** | **$ 300** | **$ 0** | **$ 58.800** |

## LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 79538529 | SOSA RUEDA LUIS MARIO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 2.400.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 2.400.000 | $ 384.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 384.000 |

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | EPS008-COMPENSAR | 30 | $ 2.400.000 | $ 300.000 | $ 0 | $ 300.000 |

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 2.400.000 | 79538529 | $ 58.500 |

PARAFISCALES

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

| **TOTAL** | **$ 745.300** |
|---|---|

Planilla Pagada

# Comprobante

de pago en línea

## SOI ACH

**Pago realizado por:** LUIS MARIO SOSA RUEDA

**Nro. de recibo:** 7881503370

**Descripción del pago:** Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

**Identificación del contribuyente:** 10.80.25.34

**Concepto:** CC

**Razón Social:** 79538529

**Fecha y hora de la transacción:** Viernes 12 de Mayo de 2023 11:35:08 AM

**Nro. de comprobante:** 0000060866

**Valor pagado:** $ 745,300.00

**Producto:** *******3295

**Bancolombia S.A.**

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

## *CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

Bogotá, 13 de Mayo de 2023

Señores

**SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)**
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **T.I.** | **1010964141** | **LUISA FERNANDA SOSA VIVAS** | **HIJA** |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



FIRMA

Nombre: LUIS MARIO SOSA RUEDA

C.C. 79.538.529 de Btá

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1010964141

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 4 0443433

*Datos de la oficina de registro - Clase de oficina*

| Registraduría | Notaría | Número | Consulado | Corregimiento | Inspección de Policía | Código |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | X | 26 | | | | A 1 E |

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| SOSA | VIVAS |

Nombre(s)

LUISA FERNANDA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo Sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2007 Mes AGO Día 02 | FEMENINO | A | POSITIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

| Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | A 8136216 |

*Datos de la madre*

Apellidos y nombres completos

VIVAS SALAMANCA MARIA DEL PILAR

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C.#52.006.759 SANTAFE DE BOGOTA | COLOMBIANA |

*s del padre*

Apellidos y nombres completos

SOSA RUEDA LUIS MARIO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C.#79.538.529 BOGOTA | COLOMBIANA |

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos

SOSA RUEDA LUIS MARIO

Documento de identificación (Clase y número)

C.C.#79.538.529 BOGOTA

*Datos primer testigo*

Apellidos y nombres completos

**********

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| ********** | ********** |

*Datos segundo testigo*

Apellidos y nombres completos

**********

Documento de identificación (Clase y número)

**********

| *Fecha de inscripción* | *Nombre y firma del funcionario que autoriza* |
|---|---|
| Año 2007 Mes AGO Día 24 | GUSTAVO SAMPER RODRIGUEZ<br>Nombre y firma |

REPUBLICA DE COLOMBIA GUSTAVO SAMPER RODRIGUEZ NOTARIO BOGOTA

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA NOTARIA. - SE EXPIDE PARA DEMOSTRAR **PARENTESCO** A SOLICITUD DEL INTERESADO. ----------
----------ARTICULOS 114 Y 115 DECRETO 1260 DE 1.970 ----------
ESTE REGISTRO NO TIENE FECHA DE VENCIMIENTO. DECRETO 2189 DE 1983

SE EXPIDE HOY 18 JUN 2010

REPUBLICA DE COLOMBIA DERECHOS NOTARIALES

compensar | salud
Plan Complementario

**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**

**COMPENSAR EPS**

**Nit. 860.066942-7**

**Certifica**

El(la) señor(a) LUIS MARIO SOSA RUEDA identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 79538529, registra como contratante del Plan PC ESPECIAL CON POS con los siguientes afiliados:

| Nombre | Identificación | Parentesco | Estado | Plan | Valor Mensual |
|---|---|---|---|---|---|
| LUIS MARIO SOSA RUEDA | 79538529 | TR | Vigente a la fecha | PC ESPECIAL | $ 118.130 |
| JUAN SEBASTIAN SOSA VIVAS | 1010079331 | HI | Vigente a la fecha | PC ESPECIAL | $ 118.130 |
| LUISA FERNANDA SOSA VIVAS | 1010964141 | HI | Vigente a la fecha | PC ESPECIAL | $ 118.130 |
| | | | | **Total Mensual Grupo Familiar** | **$ 354.390** |

- Valor Mensual Incluye IVA del 5%

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 18 días del mes de abril de 2023.

**Observaciones:**

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

compensar | salud
Plan Complementario

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-PAS 1569542158

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

# Certificado Bancario

Jueves, 12 de enero de 2023

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LUIS MARIO SOSA RUEDA identificado(a) con CC 79538529, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 28174803295 | 2011/10/05 | 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: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 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.

Bancolombia

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