

SENA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL VALLE

CENTRO NAUTICO Y PESQUERO DE BUENAVENTURA-VALLE

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional

Código Centro

Fecha Elaboración

Versión

ID de Proceso

76

912610

Octubre de 2025

ENERO - 2.25

76109-326465

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:

Cédula de Ciudadanía

Correo electrónico:

IP/N° de contacto:

Inducción SST:

Régimen del IVA:

BEATRIZ IVONNE ARAUJO PORTOCARRERO

66.813.217

biaraujo@misena.edu.co

1289

SI

NO RESPONSABLE

Banco a consignar:

Tipo de cuenta:

Número de Cuenta:

Presta Servicios Excluidos de IVA:

Pertenece al régimen simple de tributación:

Es declarante de renta por el año gravable 2024

BANCO BBVA

AHORROS

0563274521

SI

NO

NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?

Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a \$164.336.700 (debe registrarse como responsable del IVA)

¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?

Concepto del pago corresponde a:

TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.

NO

NO

NO

NO

Honorarios profesionales a persona NO declarante de renta

0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:

Nº Compromiso SIIF

Número de pagos durante la vigencia del contrato

8474458/2025

225625

2

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripción del servicio prestado)

INSTRUCTOR OFERTA REGULAR CENTRO NAUTICO PESQUERO DE BUENAVENTURA

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del

23/10/2025

Al

31/10/2025

Número de pago

Valor Bruto Pago:

1

\$ 1.686.487,00

Saldo Anterior del Contrato:

Valor Total del Contrato:

Nuevo Saldo del Contrato:

\$ 4.139.560

\$ 4.139.560

\$ 2.453.073

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios

Ingresos por comisiones

Ingresos de otros meses cobrados en el mes

TOTAL INGRESOS DEL PERIODO

BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE

\$ 1.686.487

\$ 0

\$ 0

\$ 1.686.487

\$ 786.487

Honorarios profesionales a persona NO declarante d

Retencion en la Fuente del Periodo

Menos, ReteFuente Otros Ingresos

TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO

0,00%

\$ 0

\$ 0

\$ 0

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

Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS

Ingreso Base de Cotización - IBC

Aporte obligatorio a seguridad social salud

Aporte obligatorio a seguridad social Pensión

Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional

ARL

Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes

Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes

Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes

Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias

Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC

Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias

Intereses Prestamo de Vivienda

Dependientes hasta

Salud hasta

Renta Exenta 25%

Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.

Retención en la Fuente Contingente

\$ 1.423.500

\$ 178.000

\$ 227.800

\$ -

\$ 7.500

\$ -

\$ -

\$ -

\$ 224.700

\$ -

\$ -

\$ -

\$ 796.784

\$ 6.556.868

\$ 0

\$

Octubre

Setiembre

4624911251

0

0

0

0

0

0

-

-

-

-

-

262.000

Base retención en la fuente a título de RENTA

Base retención en la fuente a título de ICA

Valor base IVA

IVA (Si es RESPONSABLE)

Menos Retención en la Fuente

Menos Retencion IVA

Reteica - 8299 - BUENAVENTURA

Pro-UCEVA

Universidad del Pacífico

Pro-Hospital

Otras Retenciones

Otras Retenciones

Descuentos de embargo (Si tiene)

VALOR A PAGAR

786.487,00

1.280.687,00

0,00

0,00

0,00

0,00

7.684,00

0,00

0,00

0,00

8.432,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

\$1.670.371,00

19%

0,00%

15%

0,600%

0%

0%

0%

0%

0,500%

0,500%

1,000%

0,000%

0,000%

SON: UN MILLÓN SEISCIENTOS SETENTA MIL TRESCIENTOS SETENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formacion integral en las fichas de Gestion Talento Humano fichas 3064483-3312808 y cursos complmentarios

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

BEATRIZ IVONNE ARAUJO P.

BEATRIZ IVONNE ARAUJO PORTOCARRERO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,

CRISTIAN EDUARDO MENESES REYES
INSTRUCTOR G20

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

MAURICIO GOMEZ BETANCOURTH

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

EPS delagente
NIT:890.303.093-5
HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) BEATRIZ IVONNE ARAUJO PORTOCARRERO identificado(a) con CC 66813217, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios en Salud PBS, de EPS delagente por BEATRIZ IVONNE ARAUJO PORTOCARRERO CC 66813217 en calidad de Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha inicio relación laboral	Fecha fin relación laboral
01/oct./2022	

Informacion beneficiarios:

No hay beneficiarios en el grupo familiar.

El presente certificado se expide a solicitud de el(la) interesado(a) a los 16 días del mes de oct. de 2025.

Observaciones

Con destino a: Solicitud del Interesado

Información sujeta a verificación por parte de EPS delagente, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea - Documento no válido como autorización de traslado - No es válido para aclarar situación de duplicidad en el SGSSS. Semanas de cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

Coordinador de Afiliación y Movilidad
BDUA

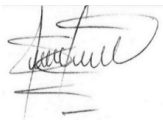
www.epsdelagente.com.co

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **BEATRIZ IVONNE ARAUJO PORTOCARRERO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **66813217**, se encuentra afiliado/a desde **01/03/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 16 de octubre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE					DATOS GENERALES DE LA PLANILLA										
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		66813217		NÚMERO PLANILLA:		4624911251		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES		
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		BEATRIZ IVONNE ARAUJO PORTOCARRERO			VALLE		PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		septiembre		AÑO		
CIUDAD/MUNICIPIO:		BUENAVENTURA	DEPARTAMENTO:		2025		DÍAS DE MORA:		1		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES		
DIRECCIÓN:		CRA 59 # 6 A-22	TELÉFONO:		1111111		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/10/07		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9994258775		
TIPO APORTANTE:		02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:		I-INDEPENDIENTE										
TIPO EMPRESA:		PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:		Actividades reguladoras y facilitadoras de la act										
FORMA DE PRESENTACIÓN:		ÚNICO													
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):				NO											

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	\$ 294.400	\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 200	\$ 0	\$ 294.400	\$ 200	\$ 294.600		
SUBTOTALES:													\$ 294.400	\$ 200	\$ 294.600		

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		
EPS012	EPS012-COMFENALCO VALLE	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 230.000	\$ 0	\$ 200	\$ 0	\$ 230.000	\$ 200	\$ 0	\$ 230.200		
SUBTOTALES:												\$ 230.000	\$ 200	\$ 0		\$ 230.200		

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	\$ 9.700	\$ 9.700	\$ 100	\$ 0	\$ 9.800
SUBTOTALES:									\$ 9.700	\$ 100	\$ 0	\$ 9.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																						
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL														PARAFISCALES																
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	PENSIÓN				SALUD				ARP				DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU								
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT			IBC	COTIZACIÓN					VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	ADMIN
1	CC 66813217	ARAUJO PORTOCARRERO BEATRIZ IVONNE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.839.804				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	1.839.804	\$ 294.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 294.400	EPS012-COMFENALCO VALLE	30	1.839.804	\$ 230.000	\$ 0	\$ 230.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.839.804	\$ 66813217	\$ 9.700	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO:

\$ 534.600

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 0 2 Actualización				4. Número de formulario 14756098923			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 6 6 8 1 3 2 1 7 0				6. DV 0		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Buenaventura	
14. Buzón electrónico 3 5							
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 6 6 8 1 3 2 1 7			
28. País COLOMBIA		29. Departamento Valle del Cauca		30. Ciudad/Municipio Cali		0 0 1	
31. Primer apellido ARAUJO		32. Segundo apellido PORTOCARRERO		33. Primer nombre BEATRIZ		34. Otros nombres IVONNE	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento Valle del Cauca		40. Ciudad/Municipio Buenaventura		1 0 9	
41. Dirección principal CL 11 68 82 CA 59							
42. Correo electrónico beivonara@gmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1 3 1 3 7 1 6 6 0 4 1		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 8 5 5 1	47. Fecha inicio actividad 2 0 2 2, 0 2 0 4	48. Código 6 9 2 0	49. Fecha inicio actividad 2 0 0 5, 0 5 0 6	50. Código 1 8 5 2 3	2	51. Código	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 5 2 2 4 9							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
22- Obligado a cumplir deberes formales a							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20				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			
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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012. Firma del solicitante:				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: 984. Nombre ARAUJO PORTOCARRERO BEATRIZ IVONNE 985. Cargo CONTRIBUYENTE			

**MACHADO**

Gestion y Seguridad Industrial S.A.S.

**CERTIFICACION MEDICO OCUPACIONAL
DE INGRESO CON ENFASIS CARDIOVASCULAR**

FECHA DE VALORACION

DIA 22MES 01AÑO 2024

NOMBRE COMPLETO

BEATRIZ IVONNE ARAUJO PORTOCARRERO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

66.813.217

EDAD

54 AÑOS

CARGO

INSTRUCTORA

EMPRESA

CENTRO NAUTICO PESQUERO - SENA**CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD**

Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado el examen Medico Ocupacional de INGRESO con énfasis Cardiovascular, con exámenes paraclínicos de Audiometría, Optometría, Psicosocial-16pf-5 y Hemograma, el suscrito médico especialista en Salud Ocupacional certifica que el aspirante al cargo es:

APTO SIN PATOLOGIA APARENTE



APTO SIN RESTRICCIONES MEDICAS PARA EL CARGO



APTO CON RECOMENDACIONES

**RECOMENDACIONES MEDICAS**1- Control Pyp - Bps2- Ejercicio Aeróbico3- Pausa Activa4- Uso Bps5- Control Periodico Ocupacional**PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**

Osteomuscular



Nutricional



Auditivo



Cardiovascular



Visual

**CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO**

Dr. Roberto Portocarrero
Especialista en Salud Ocupacional
Res. No. 0564 del 09/06/2017

Beatriz Araujo
66813217

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO EVALUADOR

FIRMA Y CEDULA DEL TRABAJADOR EVALUADO

Calle 6 No. 37-09 El Porvenir. Telefonos 24 35698. Celular 3117473245-3152723783



Hace constar:

Que el Sr(a) BEATRIZ IVONNE ARAUJO PORTOCARRERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 66813217 realizó el día 27/10/2025 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo BEATRIZ IVONNE ARAUJO PORTOCARRERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 66813217 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) BEATRIZ IVONNE ARAUJO PORTOCARRERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 66813217 el día 27/10/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES CERTIFICA QUE:

BEATRIZ IVONNE ARAUJO PORTOCARRERO CC 66813217 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

Datos del contratante			
Nombres y apellidos o Razón Social	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		
Tipo de documento de identificación	NI	Número de documento de identificación	899999034
Datos del trabajador			
Fecha de inicio cobertura	2025-10-21	Estado de afiliación	Activo
Clase de riesgo	1	Código Actividad Económica	1855101
Fecha de Inicio del Contrato	2025-10-21	Fecha Fin del Contrato	2025-11-16
Tipo de vinculación	Independiente	Fecha de retiro	

Esta certificación se expide a los 27 días del mes de octubre del 2025.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin del contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

Positiva Compañía de Seguros S.A.:

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) |
defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00
a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva
Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

www.positiva.gov