SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO METALMECÁNICO- BTÁ D.C.

Código Regional	**11**
Código Centro	**921410**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**29465-683938**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	BRUSLY ALBEIRO CLAROS VALENCIA	**C.C.**	80.161.246	**IP/Nº de contacto**	3014582713
Correo electrónico contratista:	baclaros@misena.edu.co				

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

Banco al cual consignar: BANCO DE BOGOTA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 802056077

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: 5805089/2024 **Nº Compromiso SIIF** **7224**

Valor Total del Contrato	$ 48.079.035	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 48.079.035	**1**	**Del**	**24/01/2024**	**Al**	**31/01/2024**	**$ 1.041.961,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 47.037.074		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE FORMA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL Y OTRAS ACCIONES QUE SE DERIVEN DE LA FORMACIÓN PARA ATENDER LA FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.041.961		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	**$ 1.041.961**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 572.449**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Enero	Diciembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7907582730**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 563.333	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 70.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 90.200	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL III	$ 13.800	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 / $ 260.490	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500	$ -	
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 $ 1.506.080	$ 104.196	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 190.816	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	572.449,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	881.261,00	
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	8.513,00	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	**$1.033.448,00**	

SON: UN MILLÓN TREINTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación profesional integral de forma presencial de las competencias y fichas:
Reparar equipos RA2 Elaborar planos de piezas mecanicas a mano alzada a la ficha: 2877475.
Tratamientos termicos a la ficha: 2689068.
Instalar equipos industriales RA1 Montar equipos y RA2 Instalar sistemas de Izaje a las fichas: 2558646, 2674557, 2600516 y 2660908.

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.

BRUSLY ALBEIRO CLAROS VALENCIA
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,

SANDRA MILENA TORRES JIMENEZ
INSTRUCTOR G14

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

ALICIA LARA AHUMADA

SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) BRUSLY ALBEIRO CLAROS VALENCIA identificado(a) con Cedula Ciudadania 80161246, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20240120	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 9 días del mes de Febrero de 2.024

Observaciones:

Con destino a:
TRAMITE PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: YARA MELISSA MOSCOTE
24158845

CER-AFI

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

Powered by CamScanner

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **BRUSLY ALBEIRO CLAROS VALENCIA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **80161246,** se encuentra afiliado/a desde **01/10/2018** 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 12 de febrero de 2024.



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

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	80161246
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BRUSLY ALBEIRO CLAROS VALENCIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	MOCOA	DEPARTAMENTO:	PUTUMAYO
DIRECCIÓN:	CARRERA 10 12 BIS 17	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**7907582730**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/01/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			380483313

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	$ 131.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 131.100	$ 0	$ 131.100
SUBTOTALES:										**$ 131.100**	**$ 0**	**$ 131.100**

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 102.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 102.500	$ 0	$ 0	$ 102.500
SUBTOTALES:													**$ 102.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 102.500**

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	$ 20.000	$ 20.000	$ 0	$ 0	$ 20.000
SUBTOTALES:									**$ 20.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 20.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP																
																														FSP		APORTES VOLUNTARIOS																											
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	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																																																			ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 80161246	CLAROS VALENCIA BRUSLY ALBEIRO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.638.732				NO		15																25-14 COLPENSIONES	15	$ 819.366	$ 131.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 131.100	EPS037-NUEVA EPS	15	$ 819.366	$ 102.500	$ 0	$ 102.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	15	$ 819.366	80161246	$ 20.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 253.600**

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14897362112

(415)7707212489984(8020) 000001489736211 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 1 6 1 2 4 6	6	Impuestos de Bogotá 3 2	

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	8 0 1 6 1 2 4 6	2 0 0 1 0 1 3 1

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CLAROS	VALENCIA	BRUSLY	ALBEIRO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: AV CL 61 SUR 20 D 60 AP 604 IN 13

42. Correo electrónico: bruslyclarosvalencia@yahoo.com

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

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 5 1	2 0 1 4 0 8 0 1	4 5 2 0	2 0 1 4 0 8 0 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	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Usuarios 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 - 02 - 20 / 11 : 06: 46

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 CLAROS VALENCIA BRUSLY ALBEIRO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 13 de febrero de 2024

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.	**1016717879**	**ILLYAM JOEL CLAROS VALENCIA**	**HIJO**

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: BRUSLY ALBEIRO CLAROS VALENCIA
C.C.: 80.161.246

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

NUIP 1016717879

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41070986

41070986

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X	17				A 4 D

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CLAROS xxxxxxxxxxxxxxxxxxx	REMOLINA xxxxxxxxxxxxxxxxx

Nombre(s)
ILLYAM JOEL xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2008 Mes SEP Día 19	MASCULINO	"O"	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 MEDICO = CLINICA SAN FERNANDO	51344770 = 0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
REMOLINA CASTELLANOS XIMENA PAOLA xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No. 1.010.177.573 Bogotá xxxxxxxxxxxxxxxxx	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
CLAROS VALENCIA BRUSLY ALBEIRO xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No. 80161246 Bogotá xxxxxxxxxxxxxxxxxxx	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
CLAROS VALENCIA BRUSLY ALBEIRO xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.No. 80161246 Bogotá xxxxxxxxxxxxxxxxxxx	Brusly

NOTARIA 17
Registro de Huella



CLAROS VALENCIA BRUSLY ALBEIRO
CC:80.161.246

Datos primer testigo

xxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Docum xxxxxxxxxxxxxxxxx Firma xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Datos segundo testigo

xxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Documento de identificación (Clase y número) xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx Firma xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario
Año 2008 Mes SEP Día 30	DUBAN F. LOBO B. Nombre y firma

Reconocimiento paterno — Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

-- ORIGINAL -- COPIA DE REGISTRO --

2014-05-02 14:05:42 Notaria 17 - cpineros

POLICIA DE COLOMBIA SAN FERNANDO

Notaría 17 www.notaria17bogota.com

NOTARIA 17 DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.
EDUARDO GONZALEZ MONTOYA

El presente registro es copia auténtica tomada del original que reposa en nuestros archivos de Registro Civil. Válido para PARENTESCO. Se expide a solicitud de Brusly Claros

Con C.C. No. 80161246 Dado en Bogotá, D.C.

02 MAY 2014

2014-05-02 14:05:42 Notaria 17 - cpineros

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.016.717.879**

CLAROS REMOLINA
APELLIDOS

ILLYAM JOEL
NOMBRES

Illyam Joel C.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-SEP-2008**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

19-SEP-2026 **O+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

16-OCT-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00759928-M-1016717879-20151106 **00473**58181A 1 46396752

Estado de Cuenta
Credito de Vivienda

Banco Caja Social
Su banco amigo.

CLAROS VALENCIA BRUSLY ALBEIR
AC 61 SUR 20 D 60 IN 13 AP 604
RESERVA DEL TUNAL
BOGOTA BOGOTA D.C.
OF: ARMENIA PLAZA 0426

Número de Crédito
0132209720306



SU CREDITO PRESENTA MORA. SI PASADOS 20 DIAS CALENDARIO DESDE LA FECHA DE ENVIO DE ESTE EXTRACTO PERSISTE EL INCUMPLIMIENTO, EL BANCO REALIZARA EL REPORTE NEGATIVO A LAS CENTRALES POR EL TIEMPO QUE INDICA LA LEY.

Detalle de Pago

Fecha Límite de Pago	Valor a Pagar: PESOS
PAGO INMEDIATO	1,196,110.00

Saldo Capital Antes de Este Pago

UVR	Pesos
	24,438,873.47

Detalle Cuota a Pagar

Concepto	Valor en UVR	Valor en Pesos
Abono a Capital	0.0000	657,751.90
Intereses Corrientes	0.0000	451,558.67
Intereses de Mora		5,405.43
Seguro de Vida		20,148.00
Seguro de Incendio		32,250.00
Seguro de Terremoto		28,996.00
Comisión FNG		
Descuento Intereses DTO		
Seguro de Desempleo e ITT		0.00

Información General del Crédito

Sistema de Amotización		10 CUOTA FIJA EN PESOS
Plazo Total	120 Meses	
Cuotas Pendientes	59	
Cuotas Facturadas	002	
Cuotas en Mora	001	
Tasa de Interés Pactada		11.75 %EA
Tasa de Interés Cobrada		11.75 %EA
Tasa de Interés con Beneficio		0.00 %EA
Tasa de Mora Vigente		17.62 %EA

Para Sistema de Amortizacion en UVR aplica UVR + Tasa

Fecha de Facturación
2024/02/04

Detalle Cuota Periodo Anterior

Fecha de Pago	Cotización UVR

Concepto	Valor en UVR	Valor en Pesos
Abono a Capital	0.0000	.00
Intereses Corrientes	0.0000	.00
Intereses de Mora		.00
Seguro de Vida		.00
Seguro de Incendio		.00
Seguro de Terremoto		.00
Comisión FNG		
Descuento Intereses DTO		
Seguro de Desempleo e ITT		0.00
Total		

Valores Asegurados

Vida (7)	Incendio Terremoto
24,676,429.12	100,913,977.00

Marque la clase de pago	
Normal	☐
Abono Extra con reducción de Cuota	☐
Abono Extra con reducción de Plazo	☐
Pago Cuotas por Anticipado	☐
Cancelación Total	☐

Línea Amiga
En Bogotá: (601) 542 6446
Desde otras ciudades: 01 8000 91000 38
Desde celular: #233

Información Importante

1.Esperamos que el beneficio otorgado por Fundación Grupo Social haya sido un apoyo importante en la coyuntura y nos enorgullece poder contar con Usted como cliente del Banco Amigo de los colombianos.
2.Banco Caja Social NIT.860.007.335-4 informa que la Defensoría del Consumidor Financiero es ejercida por los Doctores José Guillermo Peña González (Defensor Principal) y Carlos Alonso Cifuentes Neira (Defensor Suplente). Dirección: Av. 19. 114-09 oficina 502, Bogotá D.C. Teléfonos (601) 2131322 - (601) 2131370. E-mail: defensorbancocajasocial@pgabogados.com. Horario de atención de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 5:30 p.m.
3.Por favor informar su inconformidad sobre el contenido del extracto a nuestros revisores fiscales PwC Contadores y Auditores Ltda., al correo revisoriafiscalbancocajasocial@fundaciongruposocial.co
4.En caso de que desee efectuar la cancelación total de su obligación, lo invitamos a consultar en la oficina el saldo total de su crédito hipotecario actualizado, antes de efectuar el pago.
5.Para los créditos con beneficio FRECH, en caso de presentar mora en el pago de las tres (3) cuotas o cánones consecutivos, se pierde la cobertura de tasa.
6.Para los créditos con beneficio FRECH NO VIS, la cobertura equivaldrá a un monto máximo mensual en pesos, como resultado de dividir cuarenta y dos (42) SMMLV al momento del desembolso del crédito, o del inicio del contrato. Esta será un monto fijo y la cobertura asignada, no tendrá actualización con el incremento anual del SMMLV.
7. El saldo insoluto de la deuda que será pagado por la aseguradora es el resultado de sumar el saldo de capital, intereses, comisiones y otros cargos al momento del fallecimiento o de la estructuración de la incapacidad total y permanente.

Información Confidencial
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social