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 DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE

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

Código Regional	**76**
Código Centro	**954310**
Fecha Elaboración	**Abril de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**35528-462153**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	GUSTAVO UPEGUI NUNEZ	**Banco a consignar:**	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	6.213.280	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	gustavo.upegui@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	4915110113392560
IP/Nº de contacto:	23600	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	SI
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5928671/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**19124**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: CO1.PCCNTR.5928671 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE ACUERDO CON LA RED DE CONOCIMIENTO Y ÁREA TEMÁTICA, EN LOS NIVELES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA, EN LAS MODALIDADES PRESENCI

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2024 Al 30/04/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 19.276.500
Número de pago	**3**	**Valor Total del Contrato:**	$ 26.987.100
Valor Bruto Pago:	**$ 3.855.300,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 15.421.200

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.855.300	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.855.300**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.451.870**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1062276037**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.542.120	$ 1.542.120
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 192.800	$ 192.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 0	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 8.100	$ 8.100
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		$ 385.530	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 21.689.120	$ 817.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.572.518		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.451.870,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.662.500,00	
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 - 8560 - CARTAGO	7.325,00	0,200%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Pro-UCEVA	19.277,00	0,500%
Universidad del Pacífico	0,00	0,500%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.828.698,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS VEINTIOCHO MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Apoyar los procesos de planeación de la oferta formativa de las actividades relacionadas con la formación profesional integral y/o par
Planear procesos formativos que respondan a la modalidad de atención, los niveles de formación, el programa y el perfil de los sujeto
Desarrollar el programa de formación en el cual ha sido designado (Preparar, orientar, desarrollar, apoyar y evaluar los procesos de
Garantizar la actualización de los contenidos y uso de tecnologías, en las fases o módulos en los cuales se desarrolla la formación c
Reportar en el Sistema de Gestión Académica Aplicativo SOFIAPLUS en un plazo máximo de 2 días, todas las actividades que de acuerdo c
Aplicar el Reglamento del Aprendiz Sena y presentar los informes y soportes respectivos a la Coordinación Académica del Centro de For
Cumplir y hacer cumplir los protocolos, normas, reglamentos e instrucciones de uso de los ambientes de formación y reglamentos e ins
Presentar y entregar a la supervisión de contratos los informes mensuales de ejecución sobre las actividades realizadas, novedades o
Informar en un plazo máximo de dos (2) días a Gestión Educativa y a la Coordinación Académica las novedades que le sean reportadas po

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

GUSTAVO UPEGUI NUNEZ
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,

JOSE GABRIEL GARAVITO APONTE
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
MARIA MARGARITA GIRALDO ATEHORTUA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

15/04/24 16:39:10 USUARIO: SIC - C.C. 6213280

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-04-15, 04:10:58 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1062276037

Periodo Cotización: marzo de 2024 **Periodo Servicio:** marzo de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810422651

PAGADO 13/04/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GUSTAVO UPEGUI NUÑEZ		
Documento	CC6213280	**Dirección**	CL 16 #12 - 08 APARTAMENTO 201 CORALES
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3135800
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	CARTAGO	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 6213280	GUSTAVO UPEGUI NUÑEZ	59	04																	0	0	30	30	0	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.542.120	$ 192.800	1,044	$ 1.542.120	$ 16.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.900

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 0	$ 1.542.120	$ 1.542.120	$ 0	$ 0	$ 192.800	$ 16.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.900	$ 0	$ 208.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

C O M F A N D I
NIT 890.303.208-5

Ahora eres parte de Megapuntos Comfandi. Te invitamos a actualizar tus datos y estar informado de todas las novedades del programa en www.comfandi.com.co/megapuntos

999919 recaudo s-202403 208.900
VALOR : 208.900
FECHA DOC.: 20240413
NIT : 1062276037
PIN : 8810422651
PLANILLA : 1062276037
PERIODO : 202403

**** TOT 208.900

Efectivo **250.000**
CAMBIO 41.100

4/13/24 09:54 0751 01 0017 27002

PREGUNTA EN RECEPCION POR NUESTRO PROGRAMA DE VECINO FIEL Y GANE BONOS

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Cartago, 17 de abril 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:

C.C.	**29330254**	**OLGA LUCIÁ GÓMEZ GÓMEZ**	**CONYUGUE**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Cónyuge o compañero que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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: _____Gustavo Upegui Núñez_____
C.C. _____6.213.280_____

CARLOS ARTURO ARIAS SANCHEZ
Contador público
Universidad Del Valle
Asesor Contable y Tributario

El suscrito Contador Público identificado con c.c. 17.647.360 Expedida en Florencia y Tarjeta Profesional No. 117827-T Expedida por la Junta Central De Contadores

CERTIFICA:

Que la señora **OLGA LUCIA GOMEZ GOMEZ** , identificada con la cédula de ciudadanía No 29.330.254 de Caicedonia (Valle) no percibe ninguna fuente de ingresos, ya que es ama de casa, y por la situación descrita cumple con los requisitos de dependiente económico según el artículo 387 del Estatuto Tributario., del señor **GUSTAVO UPEGUI NUÑEZ**, identificado con la c.c. 6.213.280 de Caicedonia, Valle del Cauca, en calidad de conyugue.

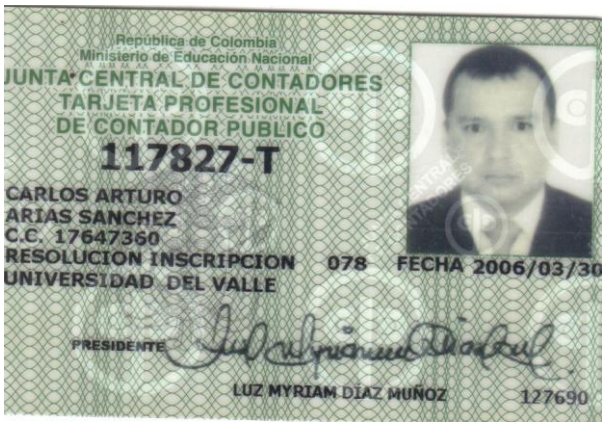
Para constancia se firma en Cartago, Valle del Cauca a los veintiséis (26) días del mes de febrero del año dos mil veinticuatro (2.024)

Atentamente

CARLOS ARTURO ARIAS SANCHEZ
Contador Público - Universidad Del Valle
c.c. 17.647.360 De Florencia, Caquetá
T.P. 117827-T JCC

Carrera 15 13B 08 Barrio Guamal II Etapa
Celular 3103951861
e- mail: carartar@hotmail.com
Zarzal Valle Del Cauca Colombia

Powered by CamScanner



República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
117827-T

CARLOS ARTURO
ARIAS SANCHEZ
C.C. 17647360
RESOLUCION INSCRIPCION 078 FECHA 2006/03/30
UNIVERSIDAD DEL VALLE

PRESIDENTE

LUZ MYRIAM DIAZ MUÑOZ 127690



IDEC

FIRMA DEL TITULAR 38056

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

FB291A0969469F93

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **CARLOS ARTURO ARIAS SANCHEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 17647360 de FLORENCIA (CAQUETA) Y Tarjeta Profesional No 117827-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *
* *
* *

Dado en BOGOTA a los 19 días del mes de Enero de 2023 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

Colpensiones

FORMATO SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICA

COLPENSIONES - 2024_2097554
15/02/2024 10:24:16 AM
PEREIRA
RISARALDA - PEREIRA
RECONOCIMIENTO
IMAGENES:14
CONSULTE EL ESTADO DE SU TRAMITE EN
WWW.COLPENSIONES.GOV.CO

I. TIPO DE RIESGO

X Vejez	Invalidez	Muerte

II. DETALLE TIPO DE RIESGO

X Pensión de vejez	Pensión vejez compartida	Pensión vejez madre o padre trabajador hijo invalido	Pensión Especial de vejez anticipada por Invalidez
Pensión vejez alto riesgo	Pensión vejez periodista	Pensión vejez convenios internacionales	Pensión Invalidez
Pensión Invalidez convenios internacionales	Pensión Sobrevivientes	Sustitución pensional	Sustitución Provisional ley 1204/08
Pensión Sobrevivientes convenios internacionales	Indemnización vejez	Indemnización Invalidez	Indemnización Sobrevivencia

III. TIEMPOS

	SI	NO
Públicos no cotizados a Colpensiones		
Privados		
Régimen especial		

IV. TIPO DE SOLICITUD

- X Reconocimiento
- Reliquidación

V. INSTANCIA (si es primera solicitud no marque ninguna opción de este campo)

- Recurso de reposición
- Recurso de queja
- Recurso de apelación
- Nuevo Estudio
- Revocatoria directa

Su solicitud se refiere a inconsistencias en su Historia Laboral, tiempos cotizados al RPM administrado por Colpensiones? SI ( ) NO ( )

Si usted respondió SI, es necesario que aporte la información referente a los ciclos faltantes o inconsistentes para la respectiva verificación, validación y corrección si fuere el caso. Por lo anterior diligencie y adjunte el Formato Corrección de Historia Laboral disponible en la página web www.colpensiones.gov.co y en los puntos de Atención Colpensiones (PAC) a nivel Nacional.

VI. INFORMACIÓN PERSONAL DEL CAUSANTE Y/O TITULAR ORIGINAL DEL DERECHO

Tipo de documento: CC X CE F TI P
Número de documento: 6213280
Fecha de nacimiento: Año 1961 Mes 12 Día 01
Sexo: M X F

Primer apellido: Upegui
Segundo apellido: Nunez
Primer nombre: Gostavo
Segundo nombre:

Dirección Correspondencia: Calle 16 N 12-08 Apto 202.
Ciudad / Municipio: Cartago
Barrio: Corales
Departamento: Valle.
Teléfono:
Celular: 3105377750
Fax:
Correo electrónico: administrador901@hotmail.com
Adjunta formulario autorización notificación por correo electrónico. Si X No ( )

VII. INFORMACIÓN PERSONAL DEL SOLICITANTE / BENEFICIARIO 1

Esta información debe ser diligenciada UNICAMENTE para los trámites por el Riesgo de MUERTE

Tipo de documento: CC CE F P RC TI
Número de documento:
Fecha de nacimiento: Año Mes Día
Sexo: M F

Primer apellido:
Segundo apellido:
Parentesco: Cónyuge ( ) Compañero (a) ( ) Hijos menores ( ) Hijos estudiantes 18-25 años ( ) Hijo invalido ( ) Padres ( ) Hermano invalido ( ) Otro ( )
Primer nombre:
Segundo nombre:
Dirección Correspondencia:
Ciudad / Municipio:
Barrio:
Departamento:
Teléfono:
Celular:
Fax:
Correo electrónico:
Adjunta formulario autorización notificación por correo electrónico. Si ( ) No ( )

1. **AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN.** El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa irrevocable a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, incluyendo a terceros con quienes ésta tiene suscritos convenios con tal propósito, 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 y 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.
2. **AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN.** El afiliado / ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, directamente y/o a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos, realice la verificación y uso de la información suministrada por el afiliado / ciudadano en su documento de identidad y en los demás que aporte a COLPENSIONES, ante las entidades u organismos pertinentes.
3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES.

cadena.

Colpensiones

FORMATO SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

BENEFICIARIO 2

HOJA 2 DE 2

Tipo de documento: CC CE F P RC TI | Número de documento | Fecha de nacimiento: Año Mes Día | Sexo: M F

Primer apellido | Segundo apellido | Parentesco: Cónyuge | Compañero (a)

Primer nombre | Segundo nombre | Hijos menores | Hijos estudiantes 18-25 años | Hijo invalido | Padres | Hermano invalido | Otro

Dirección Correspondencia

Ciudad / Municipio | Barrio | Departamento

Teléfono | Celular | Fax

Correo electrónico | *Adjunta formulario autorización notificación por correo electrónico.* Si No

BENEFICIARIO 3

HOJA 3 DE 3

Tipo de documento: CC CE F P RC TI | Número de documento | Fecha de nacimiento: Año Mes Día | Sexo: M F

Primer apellido | Segundo apellido | Parentesco: Cónyuge | Compañero (a)

Primer nombre | Segundo nombre | Hijos menores | Hijos estudiantes 18-25 años | Hijo invalido | Padres | Hermano invalido | Otro

Dirección Correspondencia

Ciudad / Municipio | Barrio | Departamento

Teléfono | Celular | Fax

Correo electrónico | *Adjunta formulario autorización notificación por correo electrónico.* Si No

VII. INFORMACION PERSONAL DEL APODERADO

Tipo de documento: CC CE | Número de documento | Tarjeta Profesional / Provisional

Primer apellido | Segundo apellido

Primer nombre | Segundo nombre

Dirección Correspondencia

Ciudad / Municipio | Barrio | Departamento

Teléfono | Celular | Fax

Correo electrónico | *Adjunta formulario autorización notificación por correo electrónico.* Si No

X. INFORMACION SOLICITANTE TERCERO

Tipo de documento: CC CE F P | Número de documento | Curador | Tercero autorizado | Representante legal

Primer apellido | Segundo apellido

Primer nombre | Segundo nombre

Dirección Correspondencia | Razón Social | NIT

Ciudad / Municipio | Barrio | Departamento

Teléfono | Celular | Fax

Correo electrónico | *Adjunta formulario autorización notificación por correo electrónico.* Si No

Jhon Upegui

FIRMA DEL SOLICITANTE

62132880

No. DE DOCUMENTO

"Ven por tu FUTURO"

cadena

Colpensiones

FORMATO INFORMACIÓN EPS

RADICACIÓN

I. INFORMACIÓN PERSONAL DEL CAUSANTE Y/O TITULAR ORIGINAL DEL DERECHO

Tipo de documento: CC X CE F TI RC P CD

Número de documento: 6213280

Primer apellido: Opegoi

Segundo apellido: Nonez

Primer nombre: Gustavo

Segundo nombre:

II. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN O AFILIACIÓN

Marque con una x la opción correspondiente al régimen al cual se encuentra vinculado

Opción 1	X	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	Si marcó la opción 1, Conteste los puntos 1 - 2.		
Opción 2		RÉGIMEN SUBSIDIADO	Si marcó la opción 2, Conteste los puntos 1 - 3.		
Opción 3		RÉGIMEN EXCEPTUADO	Si marcó la opción 3, Conteste los puntos 2 - 4.		
Opción 4		AFILIADO A UNIVERSIDADES	Si marcó la opción 4, Conteste los puntos 2 - 5.		
Opción 5		OTROS	Si marcó la opción 5, Conteste el punto 6.		
Opción 6		COLOMBIANO EN EL EXTERIOR	Si marcó la opción 6 adjunte Certificado de residencia expedida por el Cónsul y firme este Formato en la parte inferior.		

1. A cuál EPS se encuentra actualmente vinculado: Nueva EPS

2. En calidad de que se encuentra vinculado a esta EPS o Régimen de Excepción: COTIZANTE X BENEFICIARIO

3. A que EPS va a realizar afiliación una vez sea reconocida la prestación e incluida en nómina de pensionados:

4. A qué Régimen de Excepción pertenece

Policía Nacional		Magisterio	
Fuerzas Militares		Ecopetrol	

5. En qué Universidad se encuentra afiliado

Unisalud		UniValle	
Capruis		UniCartagena	
UniNariño		UniCauca	
UniAtlántico		UniAntioquia	

6. Sus servicios de Salud son prestados por una dependencia adaptada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (EMPRESAS PUBLICAS DE MEDELLIN o FONDO PASIVOS DE FERROCARRILES) en Calidad de COTIZANTE? SI ( ) (Si marco SI diligencie el punto 1) NO ( ) (Si marco NO diligencie el punto 3)

SI USTED ES SOLICITANTE DE UNA PRESTACIÓN ECONOMICA POR EL RIESGO DE MUERTE EN CALIDAD DE CONYUGE, COMPAÑERO (A) PERMANENTE MENOR DE 30 AÑOS DE EDAD Y NO PROCREO HIJOS CON EL CAUSANTE FALLECIDO, POR FAVOR INDIQUE A QUE ADMINISTRADORA O FONDO DE PENSIONES (AFP) DESEA AFILIARSE O A CUAL SE ENCUENTRA AFILIADO Y DESEA SE CONTINUEN EFECTUANDO LOS DESCUENTOS (Previo cumplimiento de requisitos):

III. OBSERVACIONES

OBSERVACIÓN PARA RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Me comprometo a que, una vez se me notifique de la resolución a través de la cual se me concede e ingrese la prestación a nómina, modificaré dentro de los (5) días siguientes el status de mi afiliación en la EPS donde me encuentro afiliado, en calidad de cotizante pensionado, so pena de que se dé la orden de no pago temporal de mi pensión hasta tanto subsane la inconsistencia presentada.

OBSERVACIÓN PARA RÉGIMEN SUBSIDIADO:

Me comprometo a que, una vez se me notifique de la resolución a través de la cual se me concede e ingrese la prestación a nómina, efectuaré dentro de los cinco (5) días siguientes, la afiliación en calidad de cotizante pensionado en la EPS de mi elección, so pena de aplicación de lo establecido en el Decreto 4248 de 2007.

OBSERVACIÓN PARA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN:

Cotizante: Una vez reconocida la pensión e ingresada en la nómina, los aportes en salud serán girados a favor del Fosyga, en cumplimiento a lo establecido en el decreto 1703 de 2002 Art. 14. Beneficiario: Si se encuentra afiliado (a) en cualquier Régimen de excepción (Policía Nacional, fuerzas Militares, Magisterio o Ecopetrol), este emitirá documento en el cual certificará que conocida la condición de pensionado, le continuará prestando los servicios de salud, por lo que los aportes en salud se deberán ingresar al Fosyga, en caso contrario deberá manifestar a que EPS se va a afiliar.

OBSERVACIÓN PARA AFILIADOS A UNIVERSIDADES:

Deberá anexar constancia de afiliación donde se registre la fecha de afiliación a la Universidad, a fin de establecer si existe o no derecho de continuar afiliado, en cumplimiento a lo establecido en el decreto 4248 de 2007, de no cumplir con lo establecido en la Norma deberá manifestar a que EPS se va a afiliar.

***Es importante que tenga en cuenta que si su información es inconsistente puede afectarlo en la prestación de los servicios de salud por parte de su EPS, razón por la cual verifique su estado de permanencia y vinculación a la misma.**

ESTE DOCUMENTO DEBE SER DILIGENCIADO EXCLUSIVAMENTE POR EL CAUSANTE DE LA PRESTACIÓN SOLICITADA

FIRMA DEL SOLICITANTE

6.213280.

No. DE DOCUMENTO

"SU FUTURO LO CONSTRUIMOS ENTRE LOS DOS"

cadena

Colpensiones

RADICACIÓN

DECLARACIÓN DE NO PENSIÓN

Señores
COLPENSIONES
Ciudad

Asunto: **Certificación de No Pensión**

Yo Gustavo Upegui Nuñez
identificado con documento C.C. X C.E. ☐ Número: 6213280 de Caucedonia
manifiesto que recibo pensión SÍ ☐ NO X de jubilación ☐ vejez ☐ invalidez ☐ sobreviviente ☐ otra ☐
de la Entidad administradora, Caja o Fondo ó Entidad Pública, Cuál? ☐

Por lo tanto, bajo la gravedad de juramento informo que no me encuentro gozando de pensión alguna que sea incompatible con la prestación solicitada en COLPENSIONES, ni adelantando trámite de reconocimiento en otra entidad pública o privada.

De igual forma manifiesto que conozco las implicaciones legales de falsa declaración y exonero de cualquier responsabilidad a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES por los efectos que llegare a generar el reconocimiento de la prestación solicitada.

Atentamente:

FIRMA DEL SOLICITANTE

6213280.
No. DE DOCUMENTO

Colpensiones

FORMULARIO AUTORIZACIÓN O REVOCATORIA NOTIFICACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO

RADICACIÓN

FECHA

I. INFORMACIÓN DEL CAUSANTE O TITULAR ORIGINAL DEL DERECHO

Tipo de Solicitud: Autorización X Revocatoria

Tipo de documento: CC X CE TI P

Número de documento: 6213280

Primer Apellido: Upegui

Segundo Apellido: Nuñez

Primer Nombre: Gustavo

Segundo Nombre:

II. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE QUE AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA

Tipo de documento: CC X CE TI P

Número de documento: 6213280

Primer Apellido: Upegui

Segundo Apellido: Nuñez

Primer Nombre: Gustavo

Segundo Nombre:

Calidad en la que Actúa: Causante o Titular del Derecho X Beneficiario Apoderado Curador Tercero autorizado Representante legal

Otro, ¿cuál?

Correo Electrónico autorizado para realizar la notificación: administrador901@hotmail.com

III. CONDICIONES Y TÉRMINOS DE USO DE LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA

Manifestación de Autorización:

1. Por medio del presente formato usted AUTORIZA a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, a NOTIFICARLE en la dirección de correo electrónico informado, el Acto Administrativo o dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral que se genere como respuesta al trámite que acompaña esta autorización.
2. La ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, queda facultada para notificarlo en la dirección de Correo electrónico informado, y por tanto no se hará uso de los otros medios previstos en la ley 1437 de 2011.

Efectos Jurídicos de la Notificación Electrónica.

1. La notificación Electrónica tiene la misma validez de una notificación personal, por tanto, una vez la entidad remite el acto administrativo o Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral, se entiende notificado en la fecha y hora que el mensaje es recibido en el correo electrónico informado por el solicitante.
2. El acuse de recibido del mensaje, será certificado por la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, haciendo uso de las herramientas que disponga, y será la prueba legal de la correcta notificación.
3. En caso de proceder recursos en contra de la decisión notificada, los términos empiezan a contar desde el día hábil siguiente a la fecha de recibo del correo electrónico (fecha certificada por Colpensiones), y su radicación se debe efectuar en los Puntos de Atención de Colpensiones.

Requisitos de la Cuenta de Correo Electrónico.

1. La persona que autoriza la notificación electrónica debe agregar el dominio de la entidad (Colpensiones.gov.co) a la lista de direcciones confiables, a fin de evitar que la comunicación sea recibida en la bandeja de correo no deseado.
2. La persona que autoriza la notificación se hace responsable de adoptar las medidas de seguridad idóneas para la administración de la cuenta de correo electrónico informada en el presente formato, así como del manejo de la clave de ingreso al mismo, y de mantener el buzón con la capacidad suficiente para la recepción de los actos administrativos que serán objeto de notificación.
3. Los archivos adjuntos al correo electrónico de notificación se remiten en formato PDF y para protección de la información enviada se encriptarán con clave de seguridad.

Vigencia de la Autorización

1. La autorización para notificar el acto administrativo por correo electrónico tendrá efecto, hasta tanto el ciudadano no presente la respectiva revocatoria, en dado caso la notificación se realizará de conformidad con los otros medios previstos en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Normas Aplicables:

1. Para la presente autorización son normas aplicables los artículos 53, 56, 66 y 67 de la Ley 1437 de 2011 y los artículos 20 y 21 de la Ley 297 de 1999.

Firma del solicitante

6213280.

No. de Documento de Identidad

"Ven por tu FUTURO"

cadena