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 DISTRITO CAPITAL**

**CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **940410** |
| **Fecha Elaboración** | **Setiembre de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **47160-112399** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | ALEXANDER CAÑON ORTEGON | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 79.612.550 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | acanon@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 10827948859 |
| **IP/Nº de contacto:** | 3143772164 | **Presta Servicios Excluidos de IVA:** | SI |
| **Inducción SST:** | SI | **Pertenece al régimen simple de tributación:** | NO |
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Es declarante de renta por el año gravable 2023** | NO |

| | |
|---|---|
| **¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?** | NO |
| **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:** | 5856317/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **9524** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 11 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, para apoyar en la orientación de la formación profesional integral presencial y/o virtual, para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subsede y organizaciones, así como otras acciones que se deriven de los procesos formativos, para atender la formación Tecnológica, Laboral y Complementaria, |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/09/2024** | **Al** | **30/09/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 15.927.111 |
| **Número de pago** | **8** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 47.185.926 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 4.465.545,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 11.461.566 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.465.545 | 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** | **$ 4.465.545** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.625.490** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Setiembre | Agosto |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **79490813** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.786.218 | $ 1.786.218 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 223.300 | $ 223.300 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 285.800 | $ 285.800 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL I | | $ 9.400 | $ 9.400 |
| 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 | | $ 446.555 | |
| Salud hasta | $ 753.040 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 34.082.904 | $ 875.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 6.125.123 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.625.490,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.956.445,00 | |
| 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 - BOGOTÁ | 38.219,00 | 0,966% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| 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** | **$4.427.326,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Atender la formación presencial de aprendices en el área específica del respectivo programa de formación, en las fases o Competencias.
Orientar y apoyar a los aprendices en el desarrollo de proyectos formativos y/o productivos en las respectivas etapas de formación.
Garantizar la actualización de los contenidos y tecnologías, de las fases o competencias en las cuales se desarrolla la formación de l
Así mismo, de acuerdo con el área de desempeño para la cual fue seleccionado deberá orientar la formación, para desarrollar en los apr
Aplicar durante el periodo de duración del contrato, al proceso de certificación de competencias según normas de competencias que apli
Cumplimiento oportuno con las entregas de los distintos formatos y documentos requeridos en el proceso administrativo; así como el car
Cumplimiento del manual, estándares y lineamientos vigentes para la orientación de procesos de formación a través de ambientes virtual
Participar en las actividades de seguridad y salud en el trabajo programadas por el Centro y acoger las recomendaciones establecidas e
Orientar, apoyar, acompañar y asesorar en forma permanente e integral a los aprendices en el proceso de formación, incluyendo la formu

**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

**ALEXANDER CAÑON ORTEGON**
**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,

**JULIAN ANDRES COLORADO CALDERON**
**INSTRUCTOR G12**

**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**
**TATIANA LENKE MATALLANA ROA**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

17/09/24 19:04:47 USUARIO: SIC - C.C. 79612550

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 79612550 | ALEXANDER CAÑON ORTEGON | Calle 3 sur No. 69d-34 casa 38 | 6014143303 | icoalex3@yahoo.es | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-08 | 2024-08 | I | 09/09/2024 | 79490813 | $554.600 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 223.400 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 223.400 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 286.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 286.000 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 9.400 | | | | 9.400 | 0 | 0 | 9.400 | | | 94 | 9.400 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 35.800 | 0 | 0 | 35.800 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 223.400 | 223.400 |
| Pensión | 1 | 286.000 | 286.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 9.400 | 9.400 |
| CCF | 1 | 35.800 | 35.800 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 554.600 | 554.600 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 79612550 | ALEXANDER CAÑON ORTEGON | | Calle 3 sur No. 69d-34 casa 38 | 6014143303 | icoalex3@yahoo.es |
| **FORMA PRESENTACIÓN** | **CLASE APORTANTE** | **NOMBRE SUCURSAL** | **CÓDIGO** | **DEPARTAMENTO** | **CIUDAD / MUNICIPIO** | **EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD** |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-08 | 2024-08 | I | 09/09/2024 | 79490813 | $554.600 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 79612550 | CAÑON ORTEGON ALEXANDER | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.787.000 | 286.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.787.000 | 223.400 | 14-23 | 1.787.000 | 1 | 9.400 | CCF24 | 1.787.000 | 35.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Bogotá, 15 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:

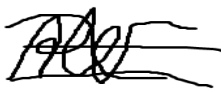
| | | | |
|---|---|---|---|
| **C.C.** | **20334249** | **María Gladys Ortegón Sánchez** | **MADRE** |
| **T.I.** | 1032876569 | **Samuel Cañón Fandiño** | **HIJO** |
| **T.I.** | 1019903845 | **Cielo Cañón Fandiño** | **HIJO** |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad
- Padre o hermano 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: _Alexander Cañón Ortegón_____
C.C. _____79’612.550_____

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

| NUIP | 1019903845 |
|---|---|

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35758851

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

| Registraduría | | Notaría | X | Número | 42 | Consulado | | Corregimiento | | Inspección de Policía | | Código | A | S | E |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| CAÑON | FANDIÑO |

Nombre(s)

CIELO

| Fecha de nacimiento | | | | | | | | | | | | Sexo (en letras) | Grupo Sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Año | 2 | 0 | 1 | 0 | Mes | M | A | R | Día | 1 | 7 | FEMENINO | 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 DE NACIDO VIVO | 10246252-6 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos

FANDIÑO BENAVIDES MARIA TERESA

| Documento de identificacón (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C.#. 51.847.893 DE BOGOTA D.C. | COLOMBIANA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos

CAÑON ORTEGON ALEXANDER

| Documento de identificacón (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C.#. 79.612.550 DE BOGOTA D.C. | COLOMBIANA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

CAÑON ORTEGON ALEXANDER

| Documento de identificacón (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C.#. 79.612.550 DE BOGOTA D.C. | X |

**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) | Firma |
|---|---|
| | |

| Fecha de Inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2010 Mes MAR Día 19 | JAIRO JAVIER GUETE NEIRA |
| | Nombre y firma |

FENOA S.A. NIT. 890.321.181-0

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

**NUIP** 1032876569 --

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo Serial** 33165210

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

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 36 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 9863

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

COLOMBIA , CUNDINAMARCA , BOGOTA D.C.

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| CAÑON | FANDIÑO |

**Nombre(s)**

SAMUEL

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2005 Mes ENE Día 03 | MASCULINO | A | + |

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

COLOMBIA , CUNDINAMARCA , BOGOTA D.C.

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | A 5760937 |

*Datos de la madre*

**Apellidos y nombres completos**

FANDIÑO BENAVIDES MARIA TERESA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C.# 51.847.893 BOGOTA | COLOMBIANA |

*Datos del padre*

**Apellidos y nombres completos**

CAÑON ORTEGON ALEXANDER

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C.# 79.612.550 BOGOTA | COLOMBIANA |

*Datos del declarante*

**Apellidos y nombres completos**

CAÑON ORTEGON ALEXANDER

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C.# 79.612.550 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 2005 Mes ENE Día 05 | NELSON JAIME SANCHEZ GARCIA (E).- Nombre y firma |

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

NOTARIA TREINTA Y SEIS DE BOGOTA
es fiel copia tomada del original que reposa en nuestros archivos. Se expide para demostrar parentesco (Art. 115 Dec. 1260 de 1.970) y en el papel común por excepción de la Ley 2a de 1.976
06 ENE. 2005
Bogotá

ESTE REGISTRO CIVIL TIENE VIGENCIA INDEFINIDA 2º DECRETO 2189/83 NOTARIA TREINTA Y SEIS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 20.334.249
ORTEGON SANCHEZ

APELLIDOS
MARIA GLADYS

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-MAY-1941
LIBANO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

06-FEB-1965 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00070661-F-0020334249-20080913 0003338168A 2 1450011777

# UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO - 1653
NIT 860.007.759-3

**RECIBO DE PAGO o REFERENCIA** **2024159117**

**Nombre:** CAÑON FANDIÑO, SAMUEL
**Nº Identificación:** 1032876569
**Cursa Período:** 5 **Cohorte:** 2022-1S

**Plan de estudios:** ME03 MEDICINA
**Periodo académico:** 2024-2S **Fecha exped:** 2024/05/03

| CÓDIGO | NATUR. | CONCEPTO | CRED | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| 5100 | + | Matricula Académica | | $34.310.000 |
| | | SUBTOTAL | | $34.310.000 |

**ALUMNO**

De 16 Cred. a 20 Cred.: $34.310.000

Total importe pagado (sin recargos): $0

SueñoSER

Muchos jóvenes rosaristas esperan una oportunidad para cumplir su sueño de ser profesionales, a partir de Tú aporte voluntario al fondo de becas sueño ser, contribuirás con este noble propósito.
Conviértete en un promotor de sueños. Desde $90.000 COP y si quieren hacer un aporte adicional lo pueden hacer. https://www.urosario.edu.co/Filantropia/inicio/

Consulte en www.urosario.edu.co la normativa financiera y académica de la Universidad.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Pago con aporte voluntario:** | | Hasta | 2024/06/21 | $34.400.000 |
| **Pago ordinario:** | | Hasta | 2024/06/21 | $34.310.000 |
| **Pago extraordinario con 1 % de recargo** | $343.100 | Hasta | 2024/07/03 | $34.653.100 |
| **Pago extraordinario con 3 % de recargo** | $1.029.300 | Hasta | 2024/07/18 | $35.339.300 |


# UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO - 1653
NIT 860.007.759-3

**RECIBO DE PAGO o REFERENCIA** **2024159117**

**Nombre:** CAÑON FANDIÑO, SAMUEL
**Nº Identificación:** 1032876569
**Cursa Período:** 5 **Cohorte:** 2022-1S

**Plan de estudios:** ME03 MEDICINA
**Periodo académico:** 2024-2S **Fecha exped:** 2024/05/03


**Pago con aporte voluntario:** $34.400.000 **Hasta** 2024/06/21 **Mar.X**

(415)7707230680011(8020)2024159117(3900)0034400000(96)20240621

**Pago ordinario:** $34.310.000 **Hasta** 2024/06/21 **Mar.X**

(415)7707230680011(8020)2024159117(3900)0034310000(96)20240621

**Pago extraordinario 1: 1 % de recargo** $34.653.100 **Hasta** 2024/07/03 **Mar.X**

(415)7707230680011(8020)2024159117(3900)0034653100(96)20240703

**Pago extraordinario 2: 3 % de recargo** $35.339.300 **Hasta** 2024/07/18 **Mar.X**

(415)7707230680011(8020)2024159117(3900)0035339300(96)20240718

| | |
|---|---|
| **DAVIVIENDA Convenio 1515824** | |
| **BANCOLOMBIA Cód.Rec. 8454** | |
| **ACCIONES Y VALORES Convenio 12697** | |

| CODIGO BANCO | Importe total a pagar: | VALOR |
|---|---|---|
| | | |

| | |
|---|---|
| **Efectivo** | |
| **Subtotal Cheques al Día + Efectivo** | |
| **Tarjeta Débito / Crédito** | |
| | |
| **VALOR PAGADO** | |

**BANCO**

**A QUIEN INTERESE**

Yo, **CLARA INÊS ORTIZ RODRIGUEZ,** identificada con cédula de ciudadanía No: 27.887.116 certifico que la señora **MARÍA GLADYS ORTEGÓN SÁNCHEZ** identificada con cédula de ciudadanía No: 20.334.249 de Líbano Tolima, depende económicamente de su hijo **ALEXANDER CAÑÓN ORTEGÓN** identificado con cédula de ciudadanía No: 79.612.550 de Bogotá.

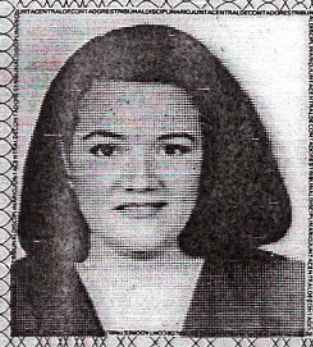
Este certificado se expide a solicitud del interesado a los 15 días del mes de Febrero de 2024

Atentamente.

**CLARA INÊS ORTÍZ RODRIGUÉZ**
CC:27.887.116 de Villa Caro Norte de Santander
Tarjeta Profesional No. 51154-T

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO



5154-T

CLARA INES
ORTIZ RODRIGUEZ
C.C. 27087116
RESOLUCION INSCRIPCION 06 FECHA 30/01/97
UNIVERSIDAD SANTO TOMAS

Presidente

00059080

CARVAJAL S.A. 03/97-22502

Clara Inés Ortiz Rodríguez

FIRMA DEL TITULAR

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.

007047