

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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		Julio de 2024			
			Versión		MARZO 2024 - 2,24			
			ID de Proceso		36525-931027			
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.uegui@sena.edu.co		Número de Cuenta:		4915110113392560		
IP/N° 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								
N° del contrato:		5928671/2024		N° Compromiso SIIF		19124		
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		7		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción 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		01/07/2024		Al		31/07/2024		
Número de pago		6		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 7.710.600		
Valor Bruto Pago:		\$ 3.855.300,00		Valor Total del Contrato:		\$ 26.987.100		
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 3.855.300		
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								
		Julio		Junio		Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.451.870,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		1064460001		Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.662.500,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.542.120		\$ 1.542.120		Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 192.800		\$ 192.800		IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 0		\$ 0		Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL		\$ 8.100		\$ 8.100		Reteica - 8560 - CARTAGO	7.325,00	0,200%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -					0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -					0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -					0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -					0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -				Pro-UCEVA	19.277,00	0,500%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -				Universidad del Pacífico	0,00	0,500%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		\$ 385.530				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 753.040		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 21.689.120		\$ 817.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 4.023.518				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$				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 pa								
Planear procesos formativos que respondan a la modalidad de atención, los niveles de formación, el programa y el perfil de los sujetos								
Desarrollar el programa de formación en el cual ha sido designado (Preparar, orientar, desarrollar, apoyar y evaluar los procesos de a								
Garantizar la actualización de los contenidos y uso de tecnologías, en las fases o módulos en los cuales se desarrolla la formación de								
Reportar en el Sistema de Gestión Académica Aplicativo SOFIAPLUS en un plazo máximo de 2 días, todas las actividades que de acuerdo co								
Aplicar el Reglamento del Aprendiz Sena y presentar los informes y soportes respectivos a la Coordinación Académica del Centro de Form								
Cumplir y hacer cumplir los protocolos, normas, reglamentos e instrucciones de uso de los ambientes de formación y reglamentos e instr								
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 por								
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:								
1. Cumpli 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 periodo 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)								

PAGADO 10/07/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

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

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	TAE	TDE	TDP	TAP	USP	COR	USI	IGE	LVA	VAC	VAP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	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



COMFANDI

NIT 890.303.208-5

Cra 5N #18-20 Cartago
CARTAGO - VALLE DEL CAUCA

CANT	PRECIO	UM	TOTAL
1 X	1	UD	208.900
VALOR	:		208.900
FECHA DOC.	:		20240710

NIT : 1064460001
PIN : 8810563071
PLANILLA : 1064460001
PERIODO : 202406

001 999919 recaudo s-202406

==>> SUBTOTAL/TOTAL :\$ 208.900
Efectivo 250.000
CAMBIO 41.100

7/10/24 14:23 0579 01 0135 55414

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

I. TIPO DE RIESGO

☒ Vejez

Invalidez

Muerte

II. DETALLE TIPO DE RIESGO

☒ 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 InvalidezPensión Invalidez convenios
internacionales

Pensión Sobrevivientes

Sustitución pensional

☐ Sustitución Provisional ley 1204/08Pensión 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

☒

Reconocimiento

☐

Reliquidación

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

Recurso de reposición

Recurso de queja

Su solicitud se refiere a inconsistencias en su Historia Laboral,
tiempos cotizados al RPM administrado por Colpensiones?

SI NO

Recurso de apelación

Nuevo Estudio

Revocatoria directa

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 Formulario 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 ☒ CE ☐ F ☐ TI ☐ P ☐

Número de documento

6213280

Fecha de nacimiento

Año 1961

Mes 12

Día 01

Sexo

M ☒ F ☐

Primer apellido

Upegui

Segundo apellido

Dínez

Primer nombre

Gustavo

Segundo nombre

Dirección Correspondencia

Calle 16 N 12-08

Apto 202

Ciudad / Municipio

Cartago

Barrio

Corales

Teléfono

Celular

3105377750

Departamento

Valle

Fax

Correo electrónico

administrador901@hotmail.com

Adjunta formulario autorización
notificación por correo electrónico.SI ☒ No ☐

VII. INFORMACIÓN PERSONAL DEL SOLICITANTE / BENEFICIARIO

Esta información debe ser diligenciada ÚNICAMENTE 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

Primer nombre

Segundo nombre

Parentesco

☐ Cónyuge☐ Compañero (a)☐ 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 ☐

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 refieren 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.

BENEFICIARIO 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 inválido

Dirección Correspondencia ☐ Padres ☐ Hermano inválido ☐ Otro

Ciudad / Municipio Barrio Departamento

Teléfono Celular Fax

Correo electrónico

Adjunta formulario autorización notificación por correo electrónico. ☐ Si ☐ No

BENEFICIARIO 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 inválido

Dirección Correspondencia ☐ Padres ☐ Hermano inválido ☐ Otro

Ciudad / Municipio Barrio Departamento

Teléfono Celular Fax

Correo electrónico

Adjunta formulario autorización notificación por correo electrónico. ☐ Si ☐ No

VIII. INFORMACIÓN 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

IX. INFORMACIÓN 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

[Firma manuscrita]

6213280

Nº. DE DOCUMENTO

"Ven por tu FUTURO"



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

Tipo de documento

CC ☒ CE ☐ F ☐ TI ☐ RC ☐ P ☐ CD ☐

Número de documento

6213280

Primer apellido

Opegoi

Primer nombre

Gustavo

Segundo apellido

Noriez

Segundo nombre

II. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN O AFILIACIÓN

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

Opción 1 ☒ RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Si marcó la opción 1, Conteste los puntos 1 - 2.

Opción 3 ☐ RÉGIMEN EXCEPTUADO Si marcó la opción 3, Conteste los puntos 2 - 4.

Opción 5 ☐ OTROS Si marcó la opción 5, Conteste el punto 5.

Opción 2 ☐ RÉGIMEN SUBSIDIADO Si marcó la opción 2, Conteste los puntos 1 - 3.

Opción 4 ☐ AFILIADO A UNIVERSIDADES Si marcó la opción 4, Conteste los puntos 2 - 5.

Opción 6 ☐ COLOMBIANO EN EL EXTERIOR Si marcó la opción 6 adjunte Certificado de residencia expedida por el Consúl 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 ☒ BENEFICIARIO ☐

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

4. A que Régimen de Excepción pertenece

Policía Nacional

Magisterio

Fuerzas Militares

Ecopetrol

5. En qué Universidad se encuentra afiliado

Unisalud

UniValle

UniNariño

UniCauca

Capruis

UniCartagena

UniAtlántico

UniAntioquia

6. Sus servicios de Salud son prestados por una dependencia adaptada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELUN o FONDO PASIVOS DE FERROCARRILES) en Calidad de COTIZANTE?

SI

(Si marcó SI diligencie el punto 1)

NO

(Si marcó 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.

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

FIRMA DEL SOLICITANTE

No. DE DOCUMENTO

"SU FUTURO LO CONSTRUIMOS ENTRE LOS DOS"

cadena

DECLARACIÓN DE NO PENSIÓN

Señores

COLPENSIONES

Ciudad

Asunto: Certificación de No Pensión

Yo Costovo Upegui Noriez

identificado con documento C.C. ☒ C.E. ☐ Número: 6213280 de Caceronía

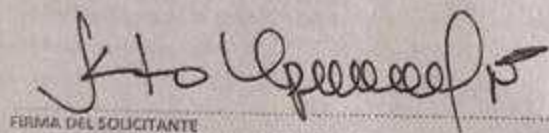
manifiesto que recibo pensión ☐ SÍ ☐ NO ☒ de jubilación ☐ vejez ☐ invalidez ☐ sobreviviente ☐ otra ☐

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

“ Ven por tu
FUTURO ”



FECHA

I. INFORMACIÓN DEL CAUSANTE O TITULAR ORIGINAL DEL DERECHO

Tipo de Solicitud		Tipo de documento		Número de documento	
Autorización ☒	Revocatoria	CC ☒	CE	TI	P
Primer Apellido		Segundo Apellido			
Upegui		Núñez			
Primer Nombre		Segundo Nombre			
Gustavo					

II. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE QUE AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA

Tipo de documento		Número de documento	
CC ☒	CE	TI	P
Primer Apellido		Segundo Apellido	
Upegui		Núñez	
Primer Nombre		Segundo Nombre	
Gustavo			
Calidad en la que Actúa			
Causante o Titular del Derecho ☒ 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:**
- 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.
 - 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:**
- 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.
 - 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.
 - En caso de proceder recursos en contra de la decisión notificada, los terminos 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:**
- 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.
 - 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.
 - 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**
- 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:**
- 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.

GCE-GEY-FRM-001_V2

[Firma manuscrita]

Firma del Solicitante

6213280

No. de Documento de Identidad

"Ven por tu FUTURO"



cadena



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Cartago, 12 de julio 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 LUCÍA 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

Página

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PÚBLICO

117827-T

CARLOS ARTURO
ARIAS SANCHEZ
C.C. 17647360

RESOLUCION INSCRIPCION 078 FECHA 2006/03/30

UNIVERSIDAD DEL VALLE

PRESIDENTE *Luz Myriam Díaz Muñoz*

LUZ MYRIAM DÍAZ MUÑOZ 127690



IDEC

FIRMA DEL TITULAR 33056

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como
CONTADOR PÚBLICO 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:

F B 2 9 1 A 0 9 6 9 4 6 9 F 9 3

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