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** | **Octubre de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **67418-033853** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | ROSA MARIA OSPINA CAMPUZANO | **Banco a consignar:** | BANCO SUDAMERIS COLOMB |
| **Cédula de Ciudadanía** | 42.107.501 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | rmospinac@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 90970049810 |
| **IP/Nº de contacto:** | 3102332322 | **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** | SI |

| | |
|---|---|
| **¿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** | SI |
| **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:** | 5871086/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **28024** | **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** | **01/10/2024 Al 31/10/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 11.461.566 |
| **Número de pago** | **9** | **Valor Total del Contrato:** | $ 47.185.926 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 4.465.545,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 6.996.021 |

## 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

| | | Octubre | Setiembre |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **7942053201** |
| **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. | $ 7.000.123 | | |
| 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

Apoyar la preparación, desarrollo y evaluación de los procesos de aprendizaje en cualquiera de las estrategias de respuesta

Gestionar oportunamente en el sistema Sofía Plus, todas las actividades relacionadas con el proceso de Formación Profesional Integral

Verificar el correcto registro de datos de los aprendices en el aplicativo SOFIA PLUS e informar las novedades por escrito

Dar cumplimiento al instructivo de política de protección de datos personales según Acuerdo 009 de 2016

Asistir y participar en las reuniones programadas por las coordinaciones

Apoyar la participación en la programación y ejecución del proceso de inducción de los aprendices

Gestionar oportunamente los informes mensuales (planillas, reportes, formatos)

Aplicar los procesos y procedimientos establecidos por la entidad, para la gestión documental

Aplicar los procesos y procedimientos establecidos por la entidad, para la gestión documental

**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

**ROSA MARIA OSPINA CAMPUZANO**
**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,

**LUIS ALEJANDRO CARREÑO HERNANDEZ**
**INSTRUCTOR**

**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)**

20/10/24 19:09:31 USUARIO: SIC - C.C. 42107501

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

BANCO GNB SUDAMERIS

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 42107501 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ROSA MARIA OSPINA CAMPUZANO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | KR 101A N 152A-30 CASA 82 | TELÉFONO: | 6453193 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Educación media técnica y de |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7942053201** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS: | MES: | septiembre | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES: | septiembre |
| | AÑO: | 2024 | | AÑO: | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 13 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/10/15 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 980932882 |

## NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 288.700 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 288.700** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800088702 | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | $ 225.500 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 225.500** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 9.500 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 9.500** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 518.800** |
| **VALOR MORA:** | **$ 4.900** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 523.700** |

Planilla Pagada

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 6 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

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. | 1088826056 | MATEO ALEJANDRO OSPINA CAMPUZANO | Hijo(a) |

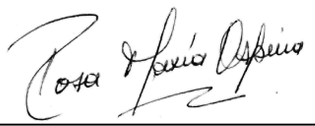
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

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,



ROSA MARIA OSPINA CAMPUZANO
C.C. 42107501

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 1 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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| C.C. | 1088826056 | MATEO ALEJANDRO OSPINA CAMPUZANO | HIJO |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

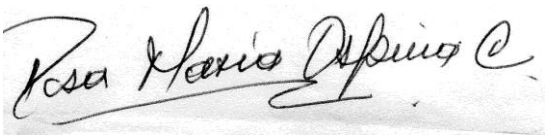
- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados

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: __ROSA MARÍA OSPINA CAMPUZANO

C.C. __42.107.501

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1088826056

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 3 2823141

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 9 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código M 8 Y

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía
COLOMBIA RISARALDA PEREIRA.

Datos del inscrito

Primer Apellido: OSPINA
Segundo Apellido: CAMPUZANO.
Nombre: MATEO ALEJANDRO.
Fecha de nacimiento: Año 2005 Mes ABR Día 12
Sexo (en letras): MASCULINO.
Grupo sanguíneo: O
Factor RH: positivo.
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)
COLOMBIA RISARALDA PEREIRA.

Tipo de documento antecedente o Declaración de nacimiento: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO.
Número certificado de nacido vivo: A 5902467

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: OSPINA CAMPUZANO ROSA MARIA.
Documento de identificación (Clase y número): C.C.# 42.107.501 de Pereira.
Nacionalidad: COLOMBIANA.

Datos del padre

Apellidos y nombres completos:
Documento de identificación (Clase y número):
Nacionalidad:

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: OSPINA CAMPUZANO ROSA MARIA.
Documento de identificación (Clase y número): C.C.# 42.107.501 de Pereira.
Firma: Rosa María Ospina

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: Año 2005 Mes ABR Día 18

Nombre y firma del funcionario que autoriza: JOSE DANIEL TRUJILLO ARCILA
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.088.826.056
Apellidos
OSPINA CAMPUZANO
Nombres
MATEO ALEJANDRO
Nacionalidad
COL
Estatura
1.83
Sexo
M
Fecha de nacimiento
12 ABR 2005
G.S.
O+
Lugar de nacimiento
PEREIRA (RISARALDA)
Fecha y lugar de expedición
26 ABR 2023, BOGOTA D.C.
Firma
Fecha de expiración
29 ABR 2033


.CO
019155180
REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha
ICCOL019155180015001<<<<<<<<<<<
0504128M3304293COL1088826056<3
OSPINA<CAMPUZANO<<MATEO<ALEJAN

Fecha: 26-12-2023

Pagina: 1

**CONSULTA RENOVACIÓN CRÉDITO**

ACTUALIZACIÓN DE DATOS 2024-1

**Linea Credito** FONDOS - SECRETARIA DE EDUCACION DEL DISTRITO MEJORES BACHI

**CREDITO PARA FONDOS - SECRETARIA DE EDUCACION DEL DISTRITO MEJORES BACHI**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES COMPLETOS** | MATEO ALEJANDRO OSPINA CAMPUZANO | | |
| **TIPO DE DOCUMENTO** | CEDULA DE CIUDADANIA | **NUMERO DE DOCUMENTO** | 1088826056 |
| **IES** | UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA | **PROGRAMA** | COMUNICACION SOCIAL-PERIODISMO |
| **SOLICITUD DEL CRÉDITO PARA ESTE SEMESTRE** | RENOVAR | | |

**DATOS CODEUDORES**

**CODEUDOR NÚMERO 1**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES COMPLETOS** | ROSA MARIAOSPINA CAMPUZANO | | |
| **TIPO DE DOCUMENTO** | CEDULA DE CIUDADANIA | **NUMERO DE DOCUMENTO** | 42107501 |
| **DIRECCIÓN** | carrera 101a Nº 152a-30 BOGOTA D.C. (DISTRITO CAPITAL) | | |
| **TELÉFONO** | 3102332322 | **CORREO ELECTRÓNICO** | ROSA.OSPINA@OUTLOOK.COM |

Alt + A

**DATOS FAMILIARES**

| | |
|---|---|
| **DIRECCION NUCLEO FAMILIAR** | CARRERA 101A Nº 152A-30 CASA 82 BOGOTA D.C. (DISTRITO CAPITAL) |

**TELEFONO NUCLEO FAMILIAR** 3102332322

Como constancia de mi deseo de renovar el crédito con el Icetex para el 1 semestre de 2024, firmo en la ciudad de BOGOTÁ el día 26/12/2023.

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA EN CENTRALES DE RIESGO, IES ENTIDADES DE DERECHO PUBLICO Y/O EMPRESAS DE CARÁCTER PRIVADO

Autorizo de manera libre, espontanea y voluntaria al Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior - ICETEX, o a quien en un futuro sea acreedor para que realice consulta, en cualquier tiempo, en las Centrales de Riesgo y demás entidades que manejan bases de datos con los mismos fines, sobre mis relaciones comerciales y toda la información relevante para: (1) conocer mi desempeño como deudor, (2) mi capacidad de pago, (3) valorar el riesgo futuro de concederme un crédito; (4) entregar a las Centrales de Información de riesgos y a cualquier otra entidad que maneje las bases de datos con los mismos fines, el reporte de datos, tanto sobre el cumplimiento oportuno, como sobre el incumplimiento, si lo hubiere, de mis obligaciones crediticias o de mis deberes legales de contenido patrimonial, así como sobre el nacimiento, modificación, extinción y cumplimiento de obligaciones contraídas, o que llegue a contraer, fruto de contratos celebrados con el ICETEX o con quien en el futuro ostente la calidad de acreedor o tenedor legítimo del título valor que se desprende del presente contrato, según sea el caso, (5) o cualquier otro dato personal económico que estime pertinente, (6) a la utilización indebida de los servicios financieros.

Así mismo, autorizo al ICETEX o a la entidad que en un futuro, ostente la calidad de acreedor o tenedor legítimo del título valor que se desprende de la presente obligación, según sea el caso, a consultar la información personal, académica, laboral y de seguridad social, que reposa en las bases de datos de las Instituciones de Educación Superior y a las entidades de derecho público y/o empresas de carácter privado con los siguientes fines: (1) validar la información en cumplimiento de la exigencia legal de conocimiento del cliente aplicable al ICETEX, (2) para efectos de adelantar las acciones de cobro y de recuperación de cartera, en virtud de la naturaleza pública de los recursos colocados en procura de hacer sostenible el sistema de crédito educativo del ICETEX. Con esta misma finalidad autorizo a las Instituciones de Educación Superior y a las entidades de derecho público y/o empresas de carácter privado para que suministren al ICETEX la información personal, académica, laboral y de seguridad social, que reposa en sus bases de datos.

Esta autorización comprende la facultad para consultar mi información en listas de control en el marco del Sistema de Administración de Riesgos para Lavados de Activos y Financiación del Terrorismo - SARLAFT -, o el que haga sus veces.

A su vez, autorizo al ICETEX a enviarme mensajes con contenido institucional, notificaciones, información del estado de cuenta, saldos, cuotas pendientes de pago en mora y demás información relativa a mi crédito a través de correo electrónico y/o mensajes de texto al teléfono móvil.

**Firma.** NºDocumento : CEDULA DE CIUDADANIA No. 1088826056
RECIBI (IES)

**NOMBRE** MATEO ALEJANDRO OSPINA CAMPUZANO

**FIRMA**

**FECHA** 26/12/2023

IMPRIMIR SALIR

**NOTA: USTED DEBERÁ ENTREGAR ESTE FORMATO DEBIDAMENTE DILIGENCIADO PARA QUE SU INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR REGISTRE LA NOVEDAD DE SU CRÉDITO A TIEMPO.**

**ESTADO DE CUENTA**

Para obtener tu estado de cuenta haz clic aquí

**DESEMBOLSOS**

| **PERIODO** | **VALOR** | **SEGURO** |
|---|---|---|
| 2023 - II | $9,372,800.00 | $92,800.00 |
| 2023 - II | $1,171,600.00 | $11,600.00 |
| 2023 - I | $1,171,600.00 | $11,600.00 |
| 2023 - I | $9,372,800.00 | $92,800.00 |
| 2022 - II | $7,912,845.00 | $78,345.00 |
| 2022 - II | $1,010,000.00 | $10,000.00 |
| 2022 - I | $7,740,400.00 | $76,638.00 |
| 2022 - I | $1,010,000.00 | $10,000.00 |
| **VALOR DESEMBOLSOS** | $38,762,045.00 | |