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	**17758-106408**

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	**01/10/2024**	**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		----------	**80247388**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.625.490,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.218	$ 1.786.218	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.956.445,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 223.300	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 285.800	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I		$ 9.400	$ 9.400	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Reteica - 8299 - BOGOTÁ	38.219,00	0,966%
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		$ -		-	0,00	0%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ 446.555		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 753.040	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 875.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 7.000.123					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**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 aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
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
TATIANA LENKE MATALLANA ROA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

19/10/24 04:35:51 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	
2024-09	2024-09	I	15/10/2024	80247388	$556.500	

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	4	700	0	224.100	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	4	900	0	286.900	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	4	100	9.500			94	9.500	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	4	200	36.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	224.100
Pensión	1	286.000	286.900
Riesgos Laborales	1	9.400	9.500
CCF	1	35.800	36.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	554.600	556.500

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	
2024-09	2024-09	I	15/10/2024	80247388	$556.500	

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	Estudiante	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:

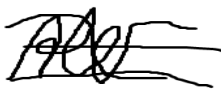
C.C.	**20334249**	**María Gladys Ortegón Sánchez**	**MADRE**
T.I.	1032876569	**Samuel Cañón Fandiño**	**HIJO**
T.I.	1019903845	**Cielo Cañón Fandiño**	**HIJO**

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.

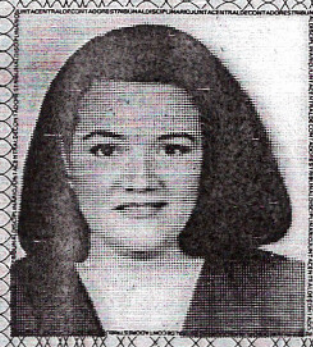
Este certificado se expide a solicitud del interesado a los 15 días del mes de Febrero de 2024

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