SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CAUCA
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - CAUCA - EMPRENDE RURAL

Código Regional	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**11972-438280**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	AMPARO HINCAPIE BOLAÑOS	**C.C.**	34.539.609	**IP/Nº de contacto**	8361861
Correo electrónico contratista:	ahincapieb@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **Es Pensionado?** SI

Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000 SI **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 86834322791

Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? NO **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 117.503.000** NO

Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas: N/A

Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A

Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1431111/2020 **Nº Compromiso SIIF** **34220**

Valor Total del Contrato	$ 35.443.200	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 5.990.400	**9**	**Del**	**01/11/2020**	**Al**	**30/11/2020**	**$ 3.744.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 2.246.400		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.744.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		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	**$ 3.744.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.667.600**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Noviembre	**Octubre**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7770283468**	Valor Base retención en la fuente	2.667.600,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.497.600	$ 1.497.600	Valor Base retención en la fuente ICA	3.556.800,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 187.200	$ 187.200	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 0	$ 0	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	$ 7.900	$ 7.900	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 300	7.114,00	0,200%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 889.200		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.736.886,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Formación con aprendices desde casa, para las fichas:2099475,2098393,2087957,2089885,2089886, 2127173, 2148942, 2105161, 2089883, 2154439,2162738,2160514,2162436, 2189573, 2195116 , 2210259 de acuerdo a las medidas de contención Covid-19

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 diligenciados.

AMPARO HINCAPIE BOLAÑOS
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,

ANA ALEXANDRA RODRIGUEZ VARGAS
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

FERNANDO ALFONSO ESCOBAR QUIRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

Comprobante

de pago en línea

SOI ACH

Pago realizado por: JUAN SEBASTIAN EMBUZ HINCAPIE

Nro. de recibo: 7770283468

Descripción del pago: Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Identificación del contribuyente: 172.16.20.168

Concepto: CC

Razón Social: 34539609

Fecha y hora de la transacción: Jueves 12 de Noviembre de 2020 04:09:30 PM

Nro. de comprobante: 0000063582

Valor pagado: $ 202,900.00

Cuenta: *******9230

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	34539609
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			AMPARO HINCAPIE BOLANOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	POPAYAN	DEPARTAMENTO:	CAUCA
DIRECCIÓN:	CR 6 43 N 24	TELÉFONO:	8361861
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7770283468**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	octubre	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	octubre
	AÑO:	2020		AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/11/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		798309159

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
901037916	MIN002	MIN002-ADRES-RÉGIMEN EXCEPCIÓN	1	$ 187.200
SUBTOTAL:			1	**$ 187.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 15.700
SUBTOTAL:			1	**$ 15.700**

TOTAL PAGADO:	**$ 202.900**

Planilla Pagada SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	34539609
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			AMPARO HINCAPIE BOLANOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	POPAYAN	DEPARTAMENTO:	CAUCA
DIRECCIÓN:	CR 6 43 N 24	TELÉFONO:	8361861
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7770283468**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES octubre	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre	AÑO 2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/11/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		798309159

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
MIN002	MIN002-ADRES-RÉGIMEN EXCEPCIÓN	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 187.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 187.200	$ 0	$ 0	$ 187.200
SUBTOTALES:													**$ 187.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 187.200**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 15.700	$ 15.700	$ 0	$ 0	$ 15.700
SUBTOTALES:									**$ 15.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 15.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES										
																													PENSIÓN									SALUD							ARP																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 34539609	HINCAPIE BOLANOS AMPARO	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES	PENS VEJ ACT	$ 1.497.600				NO																				$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	MIN002-ADRES-RÉGIMEN EXCEPCIÓN	30	$ 1.497.600	$ 187.200	$ 0	$ 187.200	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.497.600	34539609	$ 15.700	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 202.900**

Planilla Pagada

RESOLUCIÓN No. 061 del 28 de Julio de 2015

Por la cual se reconoce y ordena el pago de una PENSIÓN DE SOBREVIVIENTES LEY 812 de 2003

EL SECRETARIO DE EDUCACIÓN DEL MUNICIPIO CERTIFICADO DE POPAYÁN

En nombre y representación de la NACIÓN – Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, en ejercicio de las facultades que le confiere, la Ley 91 de 1989, el Art. 56 de la Ley 962, la Ley 100 de 1993 y el Decreto 2831 del 2005, y

CONSIDERANDO

Que mediante solicitud radicada bajo el número **2014-PENS-022348 del 06 de Noviembre de 2014 y** registrada en el SAC de la SEM de Popayán con el No. 2014 PQR 11232 del 31 de Octubre de 2014, la señora **AMPARO HINCAPIÉ BOLAÑOS, identificada con cédula de ciudadanía No. 34.539.609 de** Popayán, en calidad de **cónyuge supérstite,** solicita el reconocimiento y pago de la **Pensión de Sobrevivientes**, por el fallecimiento del docente, **MARCO ABEL EMBUS (R.Q.P.)** CC. Nro.**10.528.812** de Popayán, docente con **VINCULACIÓN MUNICIPAL S.G.P.**, quien laboró en la **INSTITUCIÓN EDUCATIVA ALFÉREZ REAL, del Municipio de Popayán.**

Que se presentaron a reclamar las siguientes personas:

NOMBRE BENEFICIARIO	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	REPRESENTANTE
AMPARO HINCAPIE BOLAÑOS	CC: 34.539.609 de Popayán	Cónyuge Supérstite	31.03.1959	55	ELLA MISMA
VALENTINA EMBUS HINCAPIE	TI: 99060911750 de Popayán	Hija	09.06.1999	15	EN REPRESENTACION SU MADRE

Que los solicitantes aportaron los siguientes documentos:

- Formato de solicitud de Pensión Sobrevivientes
- Formato de detalle de beneficiarios
- Fotocopia ampliada y legible de la cédula de ciudadanía del docente (R.Q.P.)
- Registro civil de nacimiento de la docente (R.Q.P.)
- Registro civil de defunción del educador
- Certificación de Tiempos de Servicios No. 828 del 16 de Febrero de 2015
- Certificación de Salarios No. 828 del 04 de Febrero de 2015
- Publicación de edictos
- Fotocopia ampliada de la cédula de ciudadanía de la cónyuge supérstite
- Fotocopia ampliada de la Tarjeta de Identidad de la Hija-Beneficiaria
- Copia de registro civil de nacimiento de las beneficiarias
- Dos declaraciones extrajuicio de terceros donde consta la convivencia de la cónyuge supérstite con el docente hasta la fecha de su fallecimiento.
- Certificado de Escolaridad

Que estudiado el Certificado de Tiempos de Servicio allegado No. 828 del 16.02.2015, se comprobó que el docente presto en vida sus servicios así:

Popayán © Edificio C.A.M. Carrera 6. 4-21, Tel: 092 8318480 Fax 8241159
www.popayan-cauca.gov.co- www.sempopayan.gov.co
secretariaeducacion@popayan-cauca.gov.co

CONTINUACIÓN RESOLUCIÓN No. 061 del 28 de Julio de 2015

ENTIDAD	DESDE	HASTA	AÑOS	MESES	DÍAS	TOTAL
FIDUPREVISORA S.A. NIT: 860525148-5	14.04.2008	31.12.2008	00	08	17	257
	01.02.2009	02.05.2010	01	03	02	452
	03.05.2010	30.12.2011	01	07	28	598
	01.01.2012	31.07.2014	02	06	30	930
TOTALES			06	02	16	2.237

Que según el Registro Civil de Nacimiento el docente nació el día 06 de Septiembre de 1954 y según registro civil de defunción, **falleció el día 31 de Julio de 2014 a los 59 años de edad,** y se encontraba afiliado al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio a la fecha de fallecimiento.

Que con fundamento en los documentos aportados y de acuerdo con lo establecido en los artículos 56 de la Ley 962 de 2005 y 4 del decreto 2831 de 2005, **la FIDUPREVISORA S.A.,** como entidad administradora de los recursos del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, aprobó el proyecto de acto administrativo mediante **Hoja de Revisión Identificador No. 1317592, recibida en el SAC de la SEM de Popayán, mediante Oficio No. 2015PQR7436 del 22 de Julio de 2015,** la cual reconoce la presente prestación incluyendo la siguiente liquidación:

TIEMPOS LABORADOS POR AÑO		DÍAS	SUELDO SCALA 2A-SIN ESPECIALIZACIÓN	IPC		SUELDO ACTUALIZADO	DÍAS	TOTAL DÍAS	OPERACIÓN	RESULTADO
14.04.2008	31.12.2008	257	1.013.132,00	7,67%	1	1.197.152,00	257	2237	1.197.152*257/2.237	137.536,01
01.02.2009	31.12.2009	330	1.171.300,00	2,00%	2	1.356.911,00	330	2237	1.356.911*330/2.237	200.170,15
01.01.2010	31.12.2010	360	1.224.009,00	3,17%	3	1.374.404,00	360	2237	1.374.404*360/2.237	221.182,58
01.01.2011	31.12.2011	360	1.338.582,00	3,73%	4	1.449.007,00	360	2237	1.449.007*360/2.237	233.188,43
01.01.2012	31.12.2012	360	1.325.952,00	2,44%	5	1.401.147,00	360	2237	1.401.147*360/2.237	225.486,33
01.01.2013	31.12.2013	360	1.371.565,00	1,94%	6	1.421.764,00	360	2237	1.421.764*360/2.237	228.804,22
01.01.2014	31.07.2014	210	1.411.890,00	3,66%	7	1.411.890,00	210	2237	1.411.890*210/2.237	132.542,20
TOTAL DÍAS		2237	1 SEMANA = 7 DÍAS	319 SEMANAS		TOTAL DÍAS	2237			
									I.B.L	1.378.909,93

Que el número de días acreditados corresponde a **2.237**, equivalentes a **319** semanas, inferior a la mínimo semanas exigidas (500 semanas), **por lo que, el monto mensual de la pensión total de sobrevivientes por muerte del afiliado, en atención al artículo 48 de la ley 100 de 1993, será igual al 45% del ingreso base de liquidación**, sin que en ningún caso exceda el 75% y sin ser inferior al salario mínimo legal mensual vigente, conforme a lo establecido en el artículo 35 de la Ley 100 de 1993.

CONTINUACIÓN RESOLUCIÓN No. 061 del 28 de Julio de 2015

Que el monto de la pensión de sobrevivientes en consecuencia es el siguiente:

I B L	%	Vr. $	S M L V 2014
$ 1.378.910	45%	$ 620.509	616.000

2015
644.350

INGRESO BASE DE LIQUIDACIÓN (IBL): $ 1.378.910 X 45 % = 620.509

VALOR MESADA PENSIONAL SOBREVIVIENTES $ 620.509

Que el reconocimiento de la prestación será efectivo a partir del día siguiente del fallecimiento del docente, es decir a partir del **01 de Agosto de 2014.**

Que los beneficiarios a la sustitución perderán el derecho a ésta, cuando cambien las condiciones que la confieren, determinadas en la normatividad y la ley.

Que a falta de alguno de los beneficiarios o la cesación del derecho por cualquiera de las causales establecidas por la ley, la cuota parte pensional acrecerá en favor de los beneficiarios del mismo orden.

Que los hijos mayores que acrediten escolaridad deberán semestralmente allegar a la entidad Fiduciaria los Certificados de escolaridad, de lo contrario perderán el derecho.

Que son disposiciones aplicables entre otras, Ley 12 de 1975, Ley 33 de 1973, Ley 71 de 1988 Decreto 1160 de 1989 y Ley 91 de 1989, Ley 100 de 1993, Ley 812 de 2003.

Que todos los Actos Administrativos por parte de la Entidad Territorial, que reconozcan Prestaciones Sociales que deba pagar el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio- FNPSM, **SIN PREVIA AUTORIZACIÓN O APROBACIÓN DE LA SOCIEDAD FIDUCIARIA**, encargada del manejo y administración de los recursos del Fondo, **CARECERÁN DE EFECTOS LEGALES Y NO PRESTARAN MERITO EJECUTIVO,** de conformidad con el Decreto 2831 del 16 de Agosto de 2005, articulo 3 Parágrafo 2.

Que esta pensión se reajustará anualmente según lo dispuesto en la ley 71 de 1988 y el artículo 14 de la ley 100 de 1993 aplicable en virtud de la Ley 238 de 1995.

En Virtud de lo Expuesto,

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Reconocer y ordenar el pago de una **Pensión de Sobrevivientes ley 812 de 2003**, causada por el fallecimiento del docente **MARCO ABEL EMBUS (R.Q.P.)**, CC. Nro.**10.528.812** de Popayán, por valor de **SEISCIENTOS VEINTE MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS MCTE ($ 620.509), a partir del 01 de Agosto de 2014, docente con VINCULACIÓN MUNICIPAL S.G.P.,**

CONTINUACIÓN RESOLUCIÓN No. 061 del 28 de Julio de 2015

y a favor de los siguientes beneficiarios, con los porcentajes a continuación señalados:

NOMBRE BENEFICIARIO	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	%	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	REPRESENTANTE
AMPARO HINCAPIE BOLAÑOS	CC: 34.539.609 de Popayán	Cónyuge Supérstite	50%	31.03.1959	55	ELLA MISMA
VALENTINA EMBUS HINCAPIE	TI: 99060911750 de Popayán	Hija	50%	09.06.1999	15	EN REPRESENTACION SU MADRE

ARTICULO SEGUNDO: El Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, pagará a los interesados la suma a que se refiere el articulo anterior, a través de la Entidad Fiduciaria, previo las deducciones ordenadas por la Ley.

PARÁGRAFO: Cuando el cobro se realice por intermedio de tercera persona, deberá comprobar su supervivencia.

ARTICULO TERCERO: A falta de alguno de los beneficiarios o la cesación del derecho por cualquiera de las causales establecidas por la ley, la cuota parte pensional acrecerá en favor de los beneficiarios del mismo orden.

ARTICULO CUARTO: El Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio descontará del valor de cada mesada pensional el 12.5% incluidas las adicionales los porcentajes establecidos en la ley 1122 de 2007, aplicable hasta el 30 de Noviembre de 2008 y el 12% conforme a la ley 1250 de 2008, aplicable a partir del 01 de Diciembre de 2008.

ARTÍCULO QUINTO: Notificar a la señora **AMPARO HINCAPIÉ BOLAÑOS**, identificado con la **cédula de ciudadanía No. 34.539.609** de Popayán, **en su calidad de cónyuge supérstite y como representante de su Hija Menor, VALENTINA EMBUS HINCAPIE, identificada con tarjeta de identidad** No. **99060911750,** el contenido de la presente resolución, manifestándole que contra la misma procede el recurso de reposición, el cual podrá interponerse dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de notificación ante el Secretario de Educación del Municipio Certificado de Popayán.

ARTICULO SEXTO: Una vez ejecutoriado el presente Acto Administrativo **enviar a la Entidad Fiduciaria para los fines de rigor y** archivar una copia del mismo en la carpeta del señor **MARCO ABEL EMBUS (R.Q.P.),** identificado con la cédula de ciudadanía No. 10.528.812.

CONTINUACIÓN RESOLUCIÓN No. 061 del 28 de Julio de 2015

ARTICULO SÉPTIMO: La presente resolución, rige a partir de la fecha de su ejecutoria.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Popayán, a los 28 días del mes de Julio de 2015

LUIS GUILLERMO CÉSPEDES SOLANO
Secretario de Educación
Municipio Certificado de Popayán

Proyectó: Jary Velasco
Revisó: Leonor Ibarra M-Líder Oficina de Prestaciones Sociales
Revisó: Silvia Mercedes Chara López-Líder Oficina Jurídica