SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL QUINDÍO
CENTRO PARA EL DESARROLLO TECNOLOGICO DE LA CONSTRUCCION FP

Código Regional	**63**
Código Centro	**923110**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**72552-626935**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: EDNA CONSTANZA PRIETO CAICEDO
Correo electrónico contratista: eprieto@sena.edu.co
C.C. 41.923.923 **IP/Nº de contacto** 62810

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

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 86776682171

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 4441603/2023 **Nº Compromiso SIIF** **2623**

Valor Total del Contrato	$ 41.241.200	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 36.153.000	**3**	**Del**	**01/03/2023**	**Al**	**31/03/2023**	**$ 4.017.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 32.136.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)
SERVICIOS PERSONALES: ORIENTAR FORM. TITULADA/COMPLEMENTARIA PRESENCIAL / VIRTUAL NIS 2023-02-009906

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.017.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.017.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.361.675**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7871664902**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.606.800	$ 1.606.800
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 200.900	$ 200.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 257.100	$ 257.100
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.400	$ 8.400
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.004.250	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 401.700	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 787.225	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.361.675,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.559.000,00	
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	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.017.000,00**	

SON: CUATRO MILLONES DIECISIETE MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Participar en la planeación de los procesos formativos de acuerdo con los lineamientos institucionales para las áreas relacionadas con su perfil. Planeación y orientación de las actividades de enseñanza-aprendizaje-evaluación para los programas de formación: Ficha 2472203 Tecnico Sistemas Fichas 2472204, Ficha 2697653 - Tecnico en Sistemas, Ficha 2472209, Tecnico Mtto Equipos de computo. Ficha 2697670 Mtto Equipos de computo y Ficha 2697671 Mtto Equipos de computo. Aplicar y hacer cumplir el reglamento del aprendiz así como el manual de convivencia del Centro de Formación. Participar en reunion de Informe de Gestión del Centro. Permanecer identificado con su carné dentro de las instalaciones del SENA y en los lugares donde desarrolle el objeto contractual Participar en las reuniones que para la ejecución del contrato sean convocadas desde la coordinación del centro de formación Diligenciamiento de los documentos para el ingreso de los aprendices del programa de doble titulación en las Instituciones educativas asignadas. Realizar el pago oportuno de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.

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.

EDNA CONSTANZA PRIETO CAICEDO
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,

OSCAR IVAN GARCIA PINEDA
INSTRUCTOR G17

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

ANSTRONG ALBERTO GOMEZ RIOS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	41923923
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EDNA CONSTANZA PRIETO CAICEDO
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	CRA 15 N 13 44 APT 302	TELÉFONO:	7328645
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7871664902**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		14			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/03/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1980334521

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 257.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.400	$ 0	$ 257.200	$ 4.400	$ 261.600
SUBTOTALES:										**$ 257.200**	**$ 4.400**	**$ 261.600**

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	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 200.900	$ 0	$ 3.500	$ 0	$ 200.900	$ 3.500	$ 0	$ 204.400
SUBTOTALES:													**$ 200.900**	**$ 3.500**	**$ 0**	**$ 204.400**

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	$ 8.400	$ 8.400	$ 200	$ 0	$ 8.600
SUBTOTALES:									**$ 8.400**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 8.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD						ARP														
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																								
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	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	TOTAL APORTE	ICBF	TOTAL APORTE	ESAP	TOTAL APORTE	MINEDU	TOTAL APORTE
1	CC 41923923	PRIETO CAICEDO EDNA CONSTANZA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.160.000				NO								01-30										25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.607.000	$ 257.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 257.200	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.607.000	$ 200.900	$ 0	$ 200.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.607.000	41923923	$ 8.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 474.600**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	41923923
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EDNA CONSTANZA PRIETO CAICEDO
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	CRA 15 N 13 44 APT 302	TELÉFONO:	7328645
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7871664902**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		14			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/03/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1980334521

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 261.600
SUBTOTAL:			1	**$ 261.600**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 204.400
SUBTOTAL:			1	**$ 204.400**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 8.600
SUBTOTAL:			1	**$ 8.600**

TOTAL PAGADO:	**$ 474.600**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

SENA - CEP-639231
Radicacion Recibida
No:63-1-2023-000212
23/01/2023 12:10:23 P. M.
Destinatario: 639231

Armenia, enero 25 de 2023

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.	**1094978452**	**NATALIA MOSQUERA PRIETO**	**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,

Edna Constanza Prieto C.

FIRMA

Nombre: EDNA CONSTANZA PRIETO CAICEDO

C.C. 41.923.923 DE ARMENIA


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.094.978.452
MOSQUERA PRIETO
APELLIDOS
NATALIA
NOMBRES
Natalia Mosquera Prieto
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 14-ENE-2000
ARMENIA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
15-ENE-2018 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
P-2600100-01000889-F-1094978452-20160426

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 000114

Indicativo Serial 32777409

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 93 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 50 1 1

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

COLOMBIA QUINDIO ARMENIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MOSQUERA	PINTO

Nombre(s)

NATALIA

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2000	Mes MAYO	Día 14	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA QUINDIO ARMENIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO DE HOSPITALARIO	

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

PINTO CAICEDO ELMA CONSTANZA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC Nº 41.923.923 de ARMENIA QUINDIO	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MOSQUERA PORRAS ORLANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC Nº 7.556.264 de ARMENIA QUINDIO	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PINTO CAICEDO ELMA CONSTANZA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC Nº 41.923.923 de ARMENIA QUINDIO	ORIGINAL FIRMADO

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 2008 Mes OCT Día 22	CARLOS ALBERTO [illegible]
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

* E27749 *

UNIVERSIDAD DEL QUINDIO
NIT 890.000.432-8
VIGILADA MINEDUCACIÓN

FORMATO DE PAGO DE DERECHOS PECUNIARIOS
PREGRADO - PRESENCIAL
VALIDO HASTA 31 DE DICIEMBRE DE 2023

Recibo N° 954773

VIVIENDA CTA. CORR/TE N° 079-99001-6 Convenio 1015023 — Día: 19 Mes: 01 Año: 2023 — POR: $ 23.500

ograma: ENFERMERIA

mbres y apellidos: NATALIA MOSQUERA PRIETO

ntificación (C.C./T.I): 1094978452 — De: ARMENIA, QUINDIO

CONCEPTO	VALOR	CANTIDAD	TOTAL
COPIA EN FISICO DE DIPLOMA DE GRADO - COPIA EN FISICO DE DIPLOMA DE GRADO	$ 23500	1	$ 23500

PAGO UNICAMENTE EN EFECTIVO

TOTAL $ 23.500

"Dando cumplimiento a las Disposiciones Generales del Acuerdo del Consejo Superior No. 0107 de 17 de Diciembre de 2020 "Por medio del cual se expide el Presupuesto de Rentas y Recursos de Capital y el Acuerdo de Apropiaciones de la Universidaddal Quindío, para la vigencia fiscal del 1 de enero al 31 de diciembre del 2021", Artículo 5, numeral 5.1.1.1. Derechos Académicos. ..."cuando se solicite reembolso por derechos académicos, **se descontará el 5% de un salario mínimo mensual legal vigente por concepto de gastos administrativos...**".

Copia Usuario

Copia Banco

UNIVERSIDAD DEL QUINDIO
NIT 890.000.432-8
VIGILADA MINEDUCACION

FORMATO DE PAGO DE DERECHOS PECUNIARIOS
PREGRADO - PRESENCIAL

Recibo N° 954773

DAVIVIENDA CTA. CORR/TE N° 079-99001-6 Convenio 1015023 — Día: 19 Mes: 01 Año: 2023 — POR: $ 23.500

Nombres y apellidos: NATALIA MOSQUERA PRIETO
Identificación (C.C./T.I): 1094978452 — De: ARMENIA, QUINDIO

BANCO DAVIVIENDA
Recaudo Empresarial
Fecha: 20/01/2023 Hora: 09:59:51
Jornada: Normal
Oficina: 1380
Terminal: CJ13807702
Usuario: EJF
DATOS DEL CONVENIO
Nombre del Convenio: UNIVERSIDAD DEL QUINDIO MATRICULAS
Cuenta Convenio: ********9079
Código Convenio: 1169192
No. de Referencia 1: 00109497845270000414377(9
Forma de Pago: Efectivo
Vr. Total: $23,500.00
Costo Transacción: $.00
No. Transacción: 72518
Quien realiza la transacción CC
Tipo Id: 1094978452
No Id:
Transacción exitosa en línea
Por favor verifique que la información impresa es correcta.

PROCESADO 20 ENE. 2023

1/1

Powered by CamScan

UNIVERSIDAD DEL QUINDIO
NIT 8900004328
Carrera 15 Calle 12 Norte / PBX: 7359300

FINR17_GWT*
28 de enero de 2022 09:32:50
Recibo de pago de matricula y otros derechos
Ref. 414377

UNIVERSIDAD DEL QUINDIO
BANCO DAVIVIENDA
CTA. BANCOLOMBIA Convenio 44782

FECHA DE EXPEDICIÓN 24 de enero de 2022

NOMBRE	MOSQUERA PRIETO NATALIA	
No. IDENTIFICACIÓN	1094978452 Código: 11401430 Tel. 7328645	
PERIODO	20221	
PROGRAMA ACAD.	165 - ENFERMERÍA (JORNADA DIURNA)	
NIVEL ACTUAL	9	
CONCEPTO	00120 - MATRICULA PREG. PROFESION.	$ 568,184.00 COP
CONCEPTO	00128 - DERECHOS COMPLEMENTARIOS .	$ 56,818.00 COP
CONCEPTO	00129 - DERECHOS MÉDICOS PROFESIO.	$ 28,409.00 COP
CONCEPTO	00099 - DESCUENTO POR VOTACIÓN .	$ 56,818.00 COP
CONCEPTO	00060 - DESCUENTO POR 1-2 ASIGNAT.	$ 284,092.00 COP

CONCEPTO DE PAGO	VALOR	FECHA LÍMITE
Ordinaria	$ 312,501.00 COP	4/02/2022

SELLO DEL BANCO

ESTUDIANTE

UNIVERSIDAD DEL QUINDIO
NIT 8900004328
Carrera 15 Calle 12 Norte / PBX: 7359300

FINR17_GWT*
28 de enero de 2022 09:32:50
Recibo de pago de matricula y otros derechos
Ref. 414377

UNIVERSIDAD DEL QUINDIO
BANCO DAVIVIENDA
CTA. BANCOLOMBIA Convenio 44782

FECHA DE EXPEDICIÓN 24 de enero de 2022

NOMBRE	MOSQUERA PRIETO NATALIA	
No. IDENTIFICACIÓN	1094978452 Código: 11401430 Tel. 7328645	
PERIODO	20221	
PROGRAMA ACAD.	165 - ENFERMERÍA (JORNADA DIURNA)	
NIVEL ACTUAL	9	
CONCEPTO	00120 - MATRICULA PREG. PROFESION.	$ 568,184.00 COP
CONCEPTO	00128 - DERECHOS COMPLEMENTARIOS .	$ 56,818.00 COP
CONCEPTO	00129 - DERECHOS MÉDICOS PROFESIO.	$ 28,409.00 COP
CONCEPTO	00099 - DESCUENTO POR VOTACIÓN .	$ 56,818.00 COP
CONCEPTO	00060 - DESCUENTO POR 1-2 ASIGNAT.	$ 284,092.00 COP

CONCEPTO DE PAGO	VALOR	FECHA LÍMITE
Ordinaria	$ 312,501.00 COP	4/02/2022

SELLO DEL BANCO

UNIVERSIDAD

UNIVERSIDAD DEL QUINDIO
NIT 8900004328
Carrera 15 Calle 12 Norte / PBX: 7359300

FINR17_GWT*
28 de enero de 2022 09:32:50
Recibo de pago de matricula y otros derechos
Ref. 414377

UNIVERSIDAD DEL QUINDIO
BANCO DAVIVIENDA
CTA. BANCOLOMBIA Convenio 44782

FECHA DE EXPEDICIÓN 24 de enero de 2022

NOMBRE	MOSQUERA PRIETO NA...
No. IDENT.	1094978452
PERIODO	20221
PROG.	165 - ENFERMERÍA...
NIVEL ACTUAL	9
CONCEP.	MATRICULA PREG. PR.

Ordinaria $ 312,501.00 COP PAGUE HASTA 4/02/2022

(415)7709998733886(8020)00109497845270000414377(3900)00312501(96)20220204

BANCO DAVIVIENDA
Recaudo Empresarial
Fecha: 20/01/2023 Hora: 10:01:08
Jornada: Normal
Oficina: 1380
Terminal: CJ13807705
Usuario: IIP
DATOS DEL CONVENIO
Nombre del Convenio: UNIVERSIDAD DEL QUINDIO MATRICUL
Cuenta Convenio: ********9079
Código Convenio: 1169192
No. de Referencia 1: 00109497845270000517935
Forma de Pago: Efectivo
Vr. Total: $214,600.00
Costo Transacción: $.00
No. Transacción: 402592
Quien realiza la transacción CC
Tipo Id: 1094978452
No Id:
Transacción exitosa en línea
Por favor verifique que la información impresa es correcta.

eado con CamScanner