SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION.

Código Regional	**68**
Código Centro	**954110**
Fecha Elaboración	**31 de Julio de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**61919-472265**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	OLGA LUCIA ACELAS BELTRAN	**C.C.**	37.944.525	**IP/Nº de contacto**	317699974
Correo electrónico contratista:	oacelasb@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **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** 29063225507

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: 4525010/2023 **Nº Compromiso SIIF** **7723**

Valor Total del Contrato	$ 43.016.715	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 22.532.565	**6**	**Del**	**01/07/2023**	**Al**	**31/07/2023**	**$ 4.096.830,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 18.435.735		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales como instructor para orientar la formación profesional en la modalidad virtual en la red de conocimiento institucional de pedagogía en el área temática seguridad y salud en el trabajo.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.096.830		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	**$ 4.096.830**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.402.135**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Julio	Junio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**26621769**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.638.732	$ 1.638.732
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 204.900	$ 204.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 262.200	$ 262.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 17.200	$ 17.200
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.024.207	$ -	
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	$ 409.683	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 800.712	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.402.135,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.096.830,00	
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	0,600%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Sobretasa Bomberil	0,00	10,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.096.830,00**	

SON: CUATRO MILLONES NOVENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Desarrollar las actividades contractuales de acuerdo con la programación establecida en los programas formativos del Centro
Ficha 2626881 Programa Técnico Apoyo Administrativo en Salud Fecha inicio 01-07-23 al 31-07-23 76 Horas
Ficha 2626882 Programa Técnico Apoyo Administrativo en Salud Fecha inicio 01-07-23 al 31-07-23 76 Horas
Total horas impartidas Julio de 2023 152 horas
Todas las actividades están registradas en el aplicativo Sena Sofia Plus correspondientes al mes objeto de cobro
Realizo aportes seguridad social respecto al periodo de Junio de 2023, operador Asopagos Planilla número 26621769, valor $484.600 EL

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.

OLGA LUCIA ACELAS BELTRAN
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,

LUIS ENRIQUE RIOS ARDILA
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

TULIO ALEXANDER BAUTISTA RODRIGUEZ

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	OLGA LUCIA ACELAS BELTRAN
IDENTIFICACION:	CC-37944525
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-07-06
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-07-10
FECHA DE PAGO:	2023-07-06
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERIODO PENSION:	2023-06
PERIODO SALUD:	2023-06
NUMERO PLANILLA:	26621769
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	26621769
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.640.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 205.000	$ 205.000
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.640.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 262.400	$ 262.400
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.640.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 17.200	$ 17.200
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 484.600	$ 484.600

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	08/08/2023

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil , 31 de julio 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.	**1005484248**	**MARIA ALEJANDRA CALA ACELAS**	**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: OLGA LUCIA ACELAS BELTRAN
C.C. 37944525

LA DIRECTORA DE ADMISIONES Y REGISTRO ACADEMICO DE LA

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA "UNAB"

CERTIFICA:

Que **MARIA ALEJANDRA CALA ACELAS**, ID.U00137687, identificado(a) con la **C.C. No 1.005.484.248** de Socorro, se encuentra cursando en el primer período académico de 2023, el **SEXTO (6) SEMESTRE** del programa de **MEDICINA, modalidad presencial**, con una intensidad de **treinta y cuatro (34)** horas semanales de clase.

Inició clases el 16 de enero y finaliza el 10 de junio de 2023.

El programa de **MEDICINA**, **modalidad presencial**, con número de registro **SNIES 3488**, cuenta con Registro Calificado por 7 años según Resolución No. 8694 del 03 de mayo de 2017 y Acreditación de Alta Calidad por su excelencia académica por 8 años según Resolución No.17485 del 30 de agosto de 2016 del Ministerio de Educación Nacional.

La **UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA** fue aprobada mediante Resolución No. 2771 del 14 de Abril de 1987 y Acreditación de Alta Calidad por su excelencia académica por 6 años según Resolución No.10820 del 25 de mayo de 2017 del Ministerio de Educación Nacional.

Se expide en Bucaramanga a los veintiocho (28) días del mes de marzo de dos mil veintitres (2023).

unab
Universidad Autónoma de Bucaramanga
Admisiones y Registro Académico

GLORIA GALVIS VALDERRAMA
Directora
SCAMACHO415

"La firma impuesta en el presente certificado tiene la misma validez que la firma manuscrita y sello institucional. En el evento de requerir la validación o verificación de la información aquí entregada por favor solicitarla al correo electrónico certifacademico@unab.edu.co"

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP R6L0301821

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 33965697

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código R 6 L

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

REGISTRADURIA DE SOCORRO COLOMBIA SANTANDER SOCORRO**********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CALA**********	ACELAS**********

Nombre(s)

MARIA ALEJANDRA**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2003 Mes JUL Día 05	FEMENINO********	A******	+*******

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

COLOMBIA SANTANDER SOCORRO**********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO**********	A 2458815*********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ACELAS BELTRAN OLGA LUCIA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0037944525**********	COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CALA CALA OSCAR ALBERTO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0091102292**********	COLOMBIA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CALA CALA OSCAR ALBERTO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0091102292**********	

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 2003 Mes AGO Día 08	HECTOR JULIO BOHORQUEZ CACERES*** Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

NUIP : 1005484298

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

El suscrito Registrador Municipal del Estado Civil de **Socorro Santander**, hace constar que la fotocopia al respaldo de esta página es auténtica y fue tomada de su original que reposa en los archivos de esta oficina.

NI___N2___RX Libro: _____ folio o serial: 33965697 válido para Tramites

Solicitada por: Diana Alejandra calderas

CC/TI: 1005484284

Fecha: 23 MAR 2023

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 33697628-3

CARLOS MAURICO RAMIREZ NEIRA
Registrador del Estado Civil.
Válido sin sello. Decreto 2150/95.
Artículo 20-21 ley 962 de 2005.

Instituto Colombiano de Crédito Educativo
Y Estudios Tecnicos en el Exterior

ICETEX
Invertimos en el talento de los colombianos
NIT 899.999.035 - 7

Estimado(a) usuario(a)
CALA ACELAS MARIA ALEJANDRA
CR 16 NRO 9 - 04
SANTANDER

Pago PSE

Referencia de Pago
1905920606-3

Saldo Vencido	Cargos del Mes	Pago Mínimo	Fecha Límite de Pago	Días Mora	Etapa del Crédito
$0.00	$519,109.00	$519,109.00	20/01/2023	0	ESTUDIOS

CONCEPTO

Fecha de Transacción (dd-mm-aaaa)	No. Operación	Descripción	Débito	Crédito
			Total	$519,109.00

INFORMACIÓN GENERAL	
SALDO ÉPOCA DE ESTUDIO	
Capital	$32.786.689.30
Intereses Corrientes	$3.864.459.25
Otros	$0.00
Total	$36.651.148.55
SALDO AMORTIZACIÓN CRÉDITO	
Capital	$1.524.757.97
Intereses Corrientes	$7.030.52
Intereses de Mora	$0.00
Otros	$0.00
Total	$1.531.788.49
SALDO TOTAL AL CORTE	$38.182.937.04

RESUMEN CORTE ANTERIOR	
Saldo Inicial	$0.00
Cargos del Mes	$519,108.27
Otros	$0.00
Subtotal	$519,108.27
PAGOS MES ANTERIOR	
Capital	$497,587.53
Intereses Corrientes	$21,521.47
Intereses de Mora	$0.00
Otros	$0.00
Subtotal	$519,109.00

RESUMEN VALOR PAGO MÍNIMO	
Saldo Vencido	$0.00
Intereses de Mora S	$0.00
CUOTA DEL MES	
Capital	$502,883.03
Intereses Corrientes	$16,225.24
Valor Cuota Mes	$519,108.27
Otros	$0.00
Pagos antes al corte	$0.00
PAGO MINIMO	$519,109.00
Fecha Corte	03/01/2023

Cuotas Pactadas	8
Cuotas Pagadas	5
Cuotas Vencidas	0
Cuotas Pendientes	3

Tasa Interés Corriente (Nominal Anual Mes Vencido)	12.77 %
Tasa Interés Mora (Nominal Anual Mes Vencido)	16.92 %

Timbre o Sello del Banco

Fecha de Pago			VALOR PAGADO
Día	Mes	Año	
Nombre quien realiza el pago		Documento de Identidad	Teléfono

Los valores registrados en los campos de "Otros" pueden corresponder a:

1) Porcentaje de AFIM (Aporte al Fondo de Invalidez y Muerte), que en la actualidad equivale al 2% del valor desembolsado.
2) A intereses pendientes redistribuidos en el plan de pagos si su crédito tuvo

Powered by CamScanner

Universidad Autónoma de Bucaramanga
Nit. 890.200.499.-9
Avenida 42 No. 48-11 Tel: 6436111 -6436261

Cupón de consignación	**No. 2966082**
Consignar en:	Bancos Autorizados
Fecha de pago	DD / MM / YYYY
Tipo credito:	3310-FlexiUNAB - Largo

Estudiante:	MARIA ALEJANDRA CALA ACELAS	Programa:	MEDICINA
Identificación:	TI 1005484248	Periodo:	202110 - 2021-1er SEM PREGRAD Y PRE
ID:	U00137687	Fecha cupón:	02/02/2023 05:36:23

CONCEPTO LIQUIDACION	VALOR
Pago cuota No 25	$151.343
Intereses de Mora 25	$80
TOTAL	$151.423

TOTAL A PAGAR: $151.423 — **Fecha Límite de Pago: 02/FEB/2023**

DAVIVIENDA CAJERO No. 3 H.N. 51 02 FEB. 2023 0480 PROCESADO

Medio Pago	**Efectivo**		**Cheque**		**Código del Banco**
	Tarjeta				**No. de Cuenta**

Si va a cancelar con cheque, favor girarlo a nombre de la Universidad Autónoma de Bucaramanga

Notas:

Estudiante

Universidad Autónoma de Bucaramanga
Nit. 890.200.499.-9
Avenida 42 No. 48-11 Tel: 6436111 -6436261

Cupón de consignación	**No. 2966082**
Consignar en:	Bancos Autorizados
Fecha de pago	DD / MM / YYYY
Tipo credito:	3310-FlexiUNAB - Largo

Estudiante:	MARIA ALEJANDRA CALA ACELAS	Programa:	MEDICINA
Identificación:	TI 1005484248	Periodo:	202110 - 2021-1er SEM PREGRAD Y PRE
ID:	U00137687	Fecha cupón:	02/02/2023 05:36:23

CONCEPTO LIQUIDACION	VALOR
Pago cuota No 25	$151.343
Intereses de Mora 25	$80
TOTAL	$151.423

TOTAL A PAGAR: $151.423 — **Fecha Límite de Pago: 02/FEB/2023**

DAVIVIENDA CAJERO No. 3 H.N. 51 02 FEB. 2023 0480 PROCESADO

Medio Pago	**Efectivo**		**Cheque**		**Código del Banco**
	Tarjeta				**No. de Cuenta**

Si va a cancelar con cheque, favor girarlo a nombre de la Universidad Autónoma de Bucaramanga

Notas:

Universidad

Universidad Autónoma de Bucaramanga
Nit. 890.200.499.-9
Avenida 42 No. 48-11 Tel: 6436111 -6436261

Cupón de consignación	**No. 2966082**
Consignar en:	Bancos Autorizados
Fecha de pago	DD / MM / YYYY
Tipo credito:	3310-FlexiUNAB - Largo

Estudiante:	MARIA ALEJANDRA CALA ACELAS	Programa:	MEDICINA
Identificación:	TI 1005484248	Periodo:	202110 - 2021-1er SEM PREGRAD Y PRE
ID:	U00137687	Fecha cupón:	02/02/2023 05:36:23

TOTAL A PAGAR: $151.423 — **Fecha Límite de Pago: 02/FEB/2023**

(415)7709998608887(8020)0002966082(3900)0000151423(96)20230202

Consignar en

- BANCO BOGOTA- BANCO DAVIVIENDA- BANCO OCCIDENTE

DAVIVIENDA CAJERO No. 3 H.N. 51 02 FEB. 2023 0480 PROCESADO

Banco

Powered by CamScanner

Universidad Autónoma de Bucaramanga
Nit. 890.200.499.-9
Avenida 42 No. 48-11 Tel: 6436111 -6436261

Cupón de consignación	**No. 2966080**
Consignar en:	Bancos Autorizados
Fecha de pago	DD / MM / YYYY
Tipo credito:	579-FlexiUNAB - Largo

Estudiante:	MARIA ALEJANDRA CALA ACELAS	Programa:	MEDICINA
Identificación:	TI 1005484248	Periodo:	202060 - 2020 -2do SEM PREGRAD Y PR
ID:	U00137687	Fecha cupón:	02/02/2023 05:35:19

CONCEPTO LIQUIDACION	VALOR
Pago cuota No 31	$146.395
Intereses de Mora 31	$74
TOTAL	$146.469

TOTAL A PAGAR: $146.469 **Fecha Límite de Pago: 02/FEB/2023**

DAVIVIENDA CAJERO No. 3 H.N. 51 02 FEB. 2023 PROCESADO

Medio Pago	Efectivo		Cheque	Código del Banco	
	Tarjeta			No. de Cuenta	

Si va a cancelar con cheque, favor girarlo a nombre de la Universidad Autónoma de Bucaramanga

Notas:

Estudiante

Universidad Autónoma de Bucaramanga
Nit. 890.200.499.-9
Avenida 42 No. 48-11 Tel: 6436111 -6436261

Cupón de consignación	**No. 2966080**
Consignar en:	Bancos Autorizados
Fecha de pago	DD / MM / YYYY
Tipo credito:	579-FlexiUNAB - Largo

Estudiante:	MARIA ALEJANDRA CALA ACELAS	Programa:	MEDICINA
Identificación:	TI 1005484248	Periodo:	202060 - 2020 -2do SEM PREGRAD Y PR
ID:	U00137687	Fecha cupón:	02/02/2023 05:35:19

CONCEPTO LIQUIDACION	VALOR
Pago cuota No 31	$146.395
Intereses de Mora 31	$74
TOTAL	$146.469

TOTAL A PAGAR: $146.469 **Fecha Límite de Pago: 02/FEB/2023**

DAVIVIENDA CAJERO No. 3 H.N. 51 02 FEB. 2023 PROCESADO

Medio Pago	Efectivo		Cheque	Código del Banco	
	Tarjeta			No. de Cuenta	

Si va a cancelar con cheque, favor girarlo a nombre de la Universidad Autónoma de Bucaramanga

Notas:

Universidad

Universidad Autónoma de Bucaramanga
Nit. 890.200.499.-9
Avenida 42 No. 48-11 Tel: 6436111 -6436261

Cupón de consignación	**No. 2966080**
Consignar en:	Bancos Autorizados
Fecha de pago	DD / MM / YYYY
Tipo credito:	579-FlexiUNAB - Largo

Estudiante:	MARIA ALEJANDRA CALA ACELAS	Programa:	MEDICINA
Identificación:	TI 1005484248	Periodo:	202060 - 2020 -2do SEM PREGRAD Y PR
ID:	U00137687	Fecha cupón:	02/02/2023 05:35:19

DAVIVIENDA CAJERO No. 3 H.N. 51 02 FEB. 2023 PROCESADO

TOTAL A PAGAR: $146.469 **Fecha Límite de Pago: 02/FEB/2023**

Consignar en

- ~~BANCO BOGOTA- BANCO DAVIVIENDA- BANCO OCCIDENTE~~

(415)7709998608887(8020)0002966080(3900)0000146469(96)20230202

Banco

Powered by CamScanner