SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA- BTÁ D.C.

Código Regional	**11**
Código Centro	**920910**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**36963-991170**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	WILSON BRAVO HERNANDEZ	**C.C.**	79.450.163	**IP/Nº de contacto**	3184520555
Correo electrónico contratista:	wbravo@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: DAVIVIENDA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 005000136605

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: 4567554/2023 **Nº Compromiso SIIF** **11023**

Valor Total del Contrato	$ 36.153.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 9.640.800	**8**	**Del**	**01/09/2023**	**Al**	**30/09/2023**	**$ 4.017.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 5.623.800		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTÃ³NOMA E INDEPENDIENTE PA

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	**$ 2.367.975**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**70171627**
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 V	$ -	$ 0
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	$ 789.325	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.367.975,00	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	34.380,00	0,966%
-	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	**$3.982.620,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación profesional. Dar soporte a los procesos según políticas y requerimientos de los clientes, ficha. 2774911
Impartir formación profesional. Evaluar instalaciones de gas según procedimientos técnicos y normativa, ficha. 2774999
Impartir formación profesional. UCMC, instalaciones hidráulicas
Impartir formación profesional. Instalar artefactos gasodomesticos, ficha. 2430024
Impartir formación profesional. Instalación y mantenimiento de calderas, Ind. Colmaquinas, ficha.
Impartir formación profesional. Inspector redes de gases combustibles, ficha. 2790226
Impartir formación profesional. REPLANTEAR LA RED CONTRA INCENDIOS CON BASE EN PLANOS Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, ficha. 2763519
Impartir formación profesional. Instalar redes de gas internas, centros de medición, ficha 2775416

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.

WILSON BRAVO HERNANDEZ
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,

MARTHA LUCIA CARDOZO PAVAS
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

WILLIAM DARIO RIAÑO BARON

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **WILSON BRAVO HERNANDEZ**, identificada con **CC** número **79450163**, aportó por el empleado **WILSON BRAVO HERNANDEZ** identificado(a) con **CC** número **79450163** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 08 - 2023 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	57															0		30	$1,700,000	0.16000	$272,000	$0	$0	Agosto - 2023	70171627	16/08/2023	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	57															0		30	$1,700,000	0.04350	$74,000	$0	$0	Agosto - 2023	70171627	16/08/2023	NO
EPS005	Sanitas EPS	57															0		30	$1,700,000	0.12500	$212,500	$0	$0	Agosto - 2023	70171627	16/08/2023	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **16** días del mes **Agosto** de **2023**

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79450163	WILSON BRAVO HERNANDEZ	DIAG. 89 A No. 115 -50 INT 10 APT 103	4420393	wbravo@misena.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2023-08	2023-08	I	16/08/2023	70171627	$558.500	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	212.500	0		0		0	0	0	0	212.500	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	272.000	0	0	0	0	0	0		272.000	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	74.000				74.000	0	0	74.000			740	74.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	212.500	212.500
Pensión	1	272.000	272.000
Riesgos Laborales	1	74.000	74.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	558.500	558.500

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79450163	WILSON BRAVO HERNANDEZ		DIAG. 89 A No. 115 -50 INT 10 APT 103	4420393	wbravo@misena.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2023-08	2023-08	I	16/08/2023	70171627	$558.500	

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	Estornudo	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	79450163	BRAVO HERNANDEZ WILSON	57	0			N																	25-14	1.700.000	272.000	0	0	0	0	EPS005	1.700.000	212.500	14-23	1.700.000	4	74.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 07 de septiembre 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:

T.I.	**1023164991**	**Gabriel Mauricio Bravo Arévalo**	**HIJO**
C.C.	**1000709188**	**Nicolás David Bravo Arévalo**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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: Wilson Bravo Hernández

C.C. 79450163 de Bogotá.

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	Registro civil de nacimiento
	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.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal



Escaneado con CamScanner



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-SEP-2003**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

06-SEP-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01265695-M-1000709188-20211113 **0076373130A 1** **8502836874**

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.023.164.991**

BRAVO AREVALO

APELLIDOS

GABRIEL MAURICIO

NOMBRES

Gabriel Mauricio Bravo

FIRMA



Escaneado con CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
23-JUN-2008

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

23-JUN-2026 · O+ M

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

13-ABR-2016 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00816599-M-1023164991-20160419 0049411795A 2 1273879400

Escaneado con CamScanner

FUNDACION UNIVERSITARIA SANITAS

NIT 830113458-6 / PBX: 5895377

Recibo No. 66268

Unisanitas

"Este recibo no indica que usted haya aprobado el semestre en curso"

BANCO DAVIVIENDA

FECHA DE EXPEDICIÓN 22 de junio de 2023

NOMBRE	BRAVO ARÉVALO NICOLÁS DAVID	
DOC. IDENTIDAD	CC . 1000709188 Código del alumno: PP20221006	
PERIODO	20232	
PROGRAMA ACAD.	53630 - PSICOLOGIA (UNICA)	
CONCEPTO	POLIZA ESTUDIANTIL PREGRADO.	$ 45,000.00 COP
CONCEPTO	MATRICULA PREGRADO PSICOLOGIA O.	$ 5,549,500.00 COP

CONCEPTO DE PAGO	VALOR	FECHA LÍMITE
Pago de Contado	$ 5,428,015.00 COP	25/06/2023
Pago Financiación	$ 5,594,500.00 COP	7/07/2023

SELLO DEL BANCO

* Importante: La cancelación del comprobante de pago, no significa formalización de la matrícula. Recuerde cumplir con los requerimientos documentales de admisión para legalizar su matrícula según las fechas estipuladas por la Institución. Consulte las Políticas Institucionales para los casos de cancelaciones, aplazamientos y devoluciones en nuestra página web https://www.unisanitas.edu.co . Aplica para estudiantes de primer semestre."

ESTUDIANTE

FUNDACION UNIVERSITARIA SANITAS

NIT 830113458-6 / PBX: 5895377

Recibo No. 66268

Unisanitas

"Este recibo no indica que usted haya aprobado el semestre en curso"

BANCO DAVIVIENDA

FECHA DE EXPEDICIÓN 22 de junio de 2023

NOMBRE	BRAVO ARÉVALO NICOLÁS DAVID	
DOC. IDENTIDAD	CC . 1000709188 Código del alumno: PP20221006	
PERIODO	20232	
PROGRAMA ACAD.	53630 - PSICOLOGIA (UNICA)	
CONCEPTO	POLIZA ESTUDIANTIL PREGRADO.	$ 45,000.00 COP
CONCEPTO	MATRICULA PREGRADO PSICOLOGIA O.	$ 5,549,500.00 COP

CONCEPTO DE PAGO	VALOR	FECHA LÍMITE
Pago de Contado	$ 5,428,015.00 COP	25/06/2023
Pago Financiación	$ 5,594,500.00 COP	7/07/2023

SELLO DEL BANCO

UNIVERSIDAD

FUNDACION UNIVERSITARIA SANITAS

NIT 830113458-6 / PBX: 5895377

Recibo No. 66268

Unisanitas

BANCO DAVIVIENDA

FECHA DE EXPEDICIÓN 22 de junio de 2023

NOMBRE	BRAVO ARÉVALO NICO...
DOC. IDENT.	CC . 1000709188
PERIODO	20232
PROGRAMA	53630 - PSICOLOGIA...
CONCEPTO	POLIZA ESTUDIANTIL PRE.
CONCEPTO	MATRICULA PREGRADO PS.

CONC. DE PAGO	VALOR	FEC. LÍMITE
Pago de Contado	$ 5,428,015.00 COP	25/06/2023
Pago Financiación	$ 5,594,500.00 COP	7/07/2023

FORMA DE PAGO		VALOR
Efectivo		
Cheque	Cód. banco cheque No.	
TOTAL		

Si paga con cheque de gerencia gírelo a nombre de la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS

"El semestre que cursará en el próximo periodo académico dependerá de los resultados académicos. Este recibo no indica que usted haya aprobado el semestre en curso"

Pago de Contado **$ 5,428,015.00 COP** **PAGUE HASTA** **25/06/2023**

(415)7709998005495(8020)001000709188700000662689(3900)0005428015(96)20230625

Pago Financiación **$ 5,594,500.00 COP** **PAGUE HASTA** **7/07/2023**

(415)7709998005495(8020)001000709188700000662689(3900)0005594500(96)20230707

BANCO

```
BANCO DAVIVIENDA
Recaudo Empresarial
Fecha: 23/06/2023 Hora: 15:33:16
Jornada:                Normal
Oficina:                0018
Terminal:               CJ0018W104
Usuario:                123
        DATOS DEL CONVENIO
Nombre del Convenio:
FUNDACION UNIVERSITARIA SANITAS
Cuenta Convenio:**********8589
Codigo Convenio:        011037201
No. Referencia 1:
00100070918870000066268 9
No. Referencia 2:

Forma de Pago:      Tarjeta Debito
Numero de Tarjeta:**********1726
Vr. Total:          $5,428,015.00
Costo Transaccion:          $0.00
No. Transaccion:        973570
Quien realiza la transaccion   CC
Tipo Id:
Numero Id:              79450163
Transaccion exitosa en linea
Por favor verifique que la
Información impresa es correcta.
```

BANCO DAVIVIENDA

Recaudo Empresarial

Fecha: 23/06/2023 Hora: 15:33:16

Jornada: Normal

Oficina: 0018

Terminal: CJ0018W104

Usuario: I2S

DATOS DEL CONVENTO

Nombre del Convenio:

FUNDACION UNIVERSITARIA SANITAS

Cuenta Convenio: **********8589

Código Convenio: 01103720

No. Referencia 1:

00100070918870000662689

No. Referencia 2:

Forma de Pago: Tarjeta Débito

Número de Tarjeta: **********1726

Vr. Total: $5,428,015.00

Costo transacción: $0.00

No. Transacción: 973570

Quien realiza la transacción

Tipo Id: CC

Número Id: 79450163

Transacción exitosa en línea

Por favor verifique que la información impresa es correcta.