

 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)		Código Regional		68	
			Código Centro		912210	
			Fecha Elaboración		19 Noviembre de 2025	
			Versión		ENERO - 2.25	
				ID de Proceso	37886-462862	
REGIONAL SANTANDER						
CENTRO DE ATENCION SECTOR AGROPECUARIO-SANTANDER						
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1						
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos:		FRANZ JYHOVANY LUNA GAMBOA		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía		91.472.626		Tipo de cuenta:		AHORROS
Correo electrónico:		fjlunag@sena.edu.co		Número de Cuenta:		31288120822
IP/N° de contacto:				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 2024		NO
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?						NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000						NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a \$164.336.700 (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						
N° del contrato:		8140710/2025	N° Compromiso SIIF	262325	Número de pagos durante la vigencia del contrato	5
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: CARACTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACION TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL DE ACUERDO CON LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS Y LAS NECESIDADES DEL CASA SENA REGIONAL SANTANDER. PL 146 DIAS VR MES \$4.599.510				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del	01/11/2025	Al	30/11/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 8.585.752	
Número de pago	4			Valor Total del Contrato:	\$ 22.384.282	
Valor Bruto Pago:	\$ 4.599.510,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 3.986.242	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 4.599.510		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		\$ 4.599.510		Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.696.859		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Noviembre	Octubre	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.696.859,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	35048144	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.599.510,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.839.804	\$ 1.839.804	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 230.000	\$ 230.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 294.400	\$ 294.400	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL II		\$ 19.300	\$ 19.300	Reteica - 8530 - PIEDECUESTA	13.799,00	0,300%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -			0,00	0%
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		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
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		\$ 459.951		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 16.392.170	\$ 899.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 2.697.000		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$		VALOR A PAGAR	\$4.585.711,00	
SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS ONCE PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
DE CONFORMIDAD CON EL ANEXO INFORME DE ACTIVIDADES QUE REPOSA EN EL EXPEDIENTE DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES						
CO1.PCCNTR.8140710 de 2025 SE DIO CUMPLIMIENTO AL SIGUIENTE OBJETO CONTRACTUAL:						
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÓN TITULADA, COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL, DE ACUERDO CON LOS						
MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS Y LAS NECESIDADES DEL CASA SENA REGIONAL SANTANDER						
ORIENTAR FORMACIÓN A APRENDICES SEGÚN SU PERFIL, DE ACUERDO CON LA GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE LA EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL						
EVALUAR DE MANERA CONTINUA Y CONJUNTA (APRENDIZ E INSTRUCTOR) LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJE DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN						
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						
				FRANZ JYHOVANY LUNA GAMBOA EL CONTRATISTA		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO						
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:				Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
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 periodo 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.				SAMIR REYES GOMEZ 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 JAIRO ORLANDO RAMIREZ MONTERO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)						



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 16 de noviembre de 2025

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.	1097489570	SARAH DAIANA LUNA TORRES	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: FRANZ JYHOVANY LUNA GAMBOA

C.C. 91472626

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP	1097489570
------	------------

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo 3 7367466
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría ☐	Notaría ☒	Número ☐	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	☐ ☐ ☐
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía							
COLOMBIA SANTANDER BUCARAMANGA							

Datos del inscrito							
Primer Apellido				Segundo Apellido			
LUNA				TORRES			
Nombres							
SARAH DAIANA							
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo Sanguíneo	
Año	2	0	0	Mes	0	4	Día
				FEMENINO		D	
Factor RH							
Positivo							
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/a Inspección)							
COLOMBIA SANTANDER FLORIDABLANCA							

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	A5707206

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
TORRES VERA ZAIDA ISADURA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
Cédula de Ciudadanía # 63507533	Colombiana

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
LUNA GAMBOA FRANZ JYHOVANY	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
Cédula de Ciudadanía # 91472626	Colombiano

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
LUNA GAMBOA FRANZ JYHOVANY	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
Cédula de Ciudadanía # 91472626	

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 2 0 0 4 Mes N o v Día 0 4	Dr. Eduardo Suárez Motta
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



**LA DIRECTORA DE ADMISIONES Y REGISTRO ACADEMICO DE LA
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA "UNAB"**

CERTIFICA:

Que **SARAH DAIANA LUNA TORRES**, ID.U00157877, identificado(a) con la **C.C. No 1.097.489.570** de Bucaramanga, se encuentra cursando en el segundo período académico de 2025, el **SEPTIMO (7) SEMESTRE** del programa de **INGENIERÍA BIOMÉDICA, modalidad presencial**, con una intensidad de **veintisiete (27)** horas semanales de clase.

Inició clases el 04 de agosto y finaliza el 22 de noviembre de 2025.

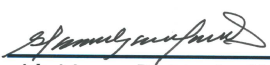
El programa de **INGENIERIA BIOMÉDICA, modalidad presencial**, con número de registro **SNIES 104793**, cuenta con Registro Calificado por 7 años según Resolución No. 23717 del 10 de diciembre de 2021 del Ministerio de Educación Nacional.

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.12987 del 31 de julio de 2023 del Ministerio de Educación Nacional.

Se expide en Bucaramanga a los veinte (20) días del mes de agosto de dos mil veinticinco (2025).



unab
Universidad Autónoma
de Bucaramanga



Admisiones y Registro Académico

GLORIA GALVIS VALDERRAMA

Directora

Elaborado por: FMARTINEZ386

"La firma impresa 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"



LIQUIDACIÓN DE CRÉDITO

Fecha: 25/07/2025

Id	U00157877	Periodo	202560
Identificación	1097489570	Crédito N°	31457
Nombre del cliente	SARAH DAIANA LUNA TORRES	Línea de crédito	COBER.PLAN HORIZONTE -
Dirección del cliente	CALLE 32 # 42-39	Fecha de solicitud	22/07/2025
Ciudad	BUCARAMANGA	Periodicidad	Mensual
Valor del monto	\$1,278,318	Programa académico	INGENIERIA BIOMEDICA
Número de cuotas	0	Semestre a cursar	7
Modalidad cuota	Cuota flexible		
Plazo	0 Cuotas		
Tasa nominal anual	0 %		
Valor seguro	Could not convert		

El valor del seguro se cancela en la primera cuota

Cuota	Fecha vencimiento	Saldo inicial	Capital	Interés	Cuota a pagar	Saldo final
1	15/08/2025	1,278,318.00	213,053.00	.00	213,053.00	1,065,265.00
2	15/09/2025	1,065,265.00	213,053.00	.00	213,053.00	852,212.00
3	15/10/2025	852,212.00	213,053.00	.00	213,053.00	639,159.00
4	15/11/2025	639,159.00	213,053.00	.00	213,053.00	426,106.00
5	15/12/2025	426,106.00	213,053.00	.00	213,053.00	213,053.00
6	15/01/2026	213,053.00	213,053.00	.00	213,053.00	.00

Aceptación

Firma

Nombre:

Identificación:

- 1) Una vez aceptado el plan de financiación no podrá modificar su matrícula.
- 2) El No pago oportuno de las cuotas genera intereses de mora de acuerdo a la máxima tasa legal vigente.
- 3) El retiro de la universidad, cancelación académica o aplazamiento del semestre, no exime del pago de esta obligación.
- 4) Los estudiantes con crédito Unab, deben estar a paz y salvo para cursar nueva solicitud, proceso de grado, estudio de transferencia y/o retiro definitivo.
- 5) Los gastos de cobranza de cartera morosa son responsabilidad del deudor en un 100%.
- 6) Los Estudiantes con FLEXIUNAB-LARGO, deben estar al día con sus pagos para cursar una nueva solicitud, proceso de grado, estudio de transferencia y/o retiro definitivo.

ACEPTAMOS las condiciones y términos del Crédito otorgado por la Universidad, cuya liquidación se encuentra en este documento. Y autorizamos el reportar, procesar, solicitar y divulgar a entidades participantes en el proceso de gestión de cartera.

NIT	Medio de Pago	No. Transacción	No. Autorización/CUS	Fecha y Hora
8902004999	BANCO DAVIVIENDA	150107244	1916397515	09/11/2025

Razón Social: **UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA**

:

Descripción del Pago: **Creditos Flexi Unab**

Dirección IP: **181.51.208.23**

Total Pagado **\$ 213,053.00**

Descripción	Cantidad	Valor Pagado	Valor Servicio
Creditos Flexi Unab	1	\$ 213,053.00	COP\$ 213,053.00

NIT	Medio de Pago	No. Transacción	No. Autorización/CUS	Fecha y Hora
8902004999	BANCO DAVIVIENDA	150107244	1916397515	09/11/2025

Identificación estudiante

U00157877

E-mail personal

SARAH D. LUNA TORRES

Teléfono

ID Estudiante UNAB

Orden de Adquisición

3622170

Dirección Residencia

sluna868@unab.edu.co

E-mail personal

Periodo de Pago

DATOS GENERALES																		
TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			TIPO PRESENTACIÓN	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CÓDIGO	PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO PLANILLA	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO EMPRESA	CLASE APORTANTE	CÓDIGO ARL	CÓDIGO OPERADOR			
CC	91472626	FRANZ JYHOVANY LUNA GAMBOA			ÚNICO	0	0	2025-10	2025-10	35048144		PRIVADA	I	14-23	86			
DIRECCIÓN		CIUDAD / MUNICIPIO	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO		ACTIVIDAD ECONÓMICA		VALOR NÓMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO	FECHA LIMITE DE PAGO			
CL 32 NUM 42 39 BARRIO ALPES		BUCARAMANGA	1	SANTANDER	68	3157816907	0	FRANZJ11@GMAIL.COM		7020		0	1	2025-11-10	2025-11-10			
TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA																		
CÓD / NOMBRE EPS	NIT EPS	COT OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	# AUT INC	VALOR INC	# AUT LIC	VALOR LIC	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES UPC	SUBTOTAL COT	SUBTOTAL UPC	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR UPC	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
EPS037	900156264	229200	0	0	0	0	0	229200	0	0	0	229200	0	0	0	0	229200	1
TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA																		
CÓD / NOMBRE AFP	NIT AFP	COT OBLIGATORIA	COT VOL AF	COT VOL AP	FONDO SOL	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES FONDO SOL	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS								
230201	800229739	293400	0	0	0	0	0	0	293400	1								
TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES																		
CÓD / NOMBRE ARL	NIT ARL	COT OBLIGATORIA	# AUT INC	VALOR INC	OTROS RIESGOS	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	SUBTOTAL APORTES	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO FAVOR	FONDO SOL	TOTAL PAGAR					
14-23	860011153	19200	0	0	0	19200	0	0	19200	0	0	0	19200					
TOTAL APORTES A ESAP																		
VALOR			DÍAS MORA			INTERESES			TOTAL A PAGAR									
0			0			0			0									
TOTAL APORTES A MINISTERIO																		
VALOR			DÍAS MORA			INTERESES			TOTAL A PAGAR									
0			0			0			0									
TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA																		
CÓD / NOMBRE CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS												
SINCCF	0	0	0	0	0	1												
TOTAL APORTES A ICBF Y SENA																		
ICBF																		
VALOR	DÍAS MORA	INTERESE S	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADO S														
0	0	0	0	0														
SENA																		
VALOR	DÍAS MORA	INTERESE S	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADO S														
0	0	0	0	0														
NÚMERO ADMINISTRADORAS																		
PENSIONES														1				
SALUD														1				
RIESGOS LABORALES														1				
CAJAS COMPENSACIÓN														0				
TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA																		
PENSIONES														293400				
SALUD														229200				
RIESGOS LABORALES														19200				
CAJAS COMPENSACIÓN														0				
SENA														0				
ICBF														0				
ESAP														0				
MINISTERIO														0				
GRAN TOTAL														541800				