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)

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE GESTIÓN INDUSTRIAL- BTÁ D.C.

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**11**
Código Centro	**921110**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**46994-496993**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	SANDRA LILIANA PINTO GARCIA	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	52.274.562	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	slpinto2@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	005100128023
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2025**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a $69.718.600	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a $209.496.000 (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

Nº del contrato:	9122257/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**7626**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios profesionales de carácter temporal, con autonomía e independencia; para impartir formación profesional integral en modalidad presencial en cada uno de los programas de formación titulada y/o complementaria, en los diferentes niveles de formación, de conformidad con las competencias técnicas, claves y transversales requeridas, acorde a la experticia profesional,

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2026**	**Al**	**31/03/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 28.424.982
Número de pago	**2**			**Valor Total del Contrato:**	$ 32.688.729
Valor Bruto Pago:		**$ 4.737.497,00**		**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 23.687.485

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.737.497**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.785.747**	**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		----------	**60362136**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.750.905
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 218.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 280.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	I	$ 9.900	$ 9.200
		$	
		$	
		$	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 473.750	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 24.135.685	$ 928.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 832.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.785.747,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
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 - BOGOTÁ	40.547,00	0,966%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.696.950,00**	

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.Orientar la Formación Profesional Integral de los aprendices asignados.
2.Planear y organizar actividades formativas conforme a los diseños curriculares y resultados de aprendizaje.
3.Evaluar evidencias de aprendizaje y realizar retroalimentación oportuna.
4.Garantizar el adecuado uso y conservación de ambientes, equipos y recursos institucionales.
5.Participar en comités de evaluación y seguimiento académico.
6.Impartir formación en Seguridad y Salud en el Trabajo, conforme a la normatividad vigente.
7.Elaborar informes académicos y de ejecución de actividades.
8.Promover la cultura de prevención y el cumplimiento de estándares en SST.

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



SANDRA LILIANA PINTO GARCIA
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,



DIANA NEXI SAMACA PRIETO
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
JULIAN ANDRES CASTELLANOS CASTRO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

04/03/26 13:44:44 USUARIO: SIC - C.C. 52274562

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	52274562	SANDRA LILIANA PINTO GARCIA	CRA 21 N134-61 APTO 802	2000000	speso2023@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		60362136	03/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$517.400	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	18.300				18.300	0	0	18.300			183	18.300	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	18.300	18.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	517.400	517.400

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	52274562	SANDRA LILIANA PINTO GARCIA	CRA 21 N134-61 APTO 802	2000000	speso2023@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		60362136	03/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$517.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD					RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 52274562	PINTO GARCIA SANDRA LILIANA	59	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS010	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	2	18.300		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 108710111

De:
serviciopse@achcolombia.com.co
serviciopse@achcolombia.com.co
Para:
SANDRA_ARS_TO@HOTMAIL.COM
SANDRA_ARS_TO@HOTMAIL.COM
Enviado: martes, 3 de marzo 11:54 a. m.



¡Hola, SANDRA LILIANA PINTO GARCIA!
Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 517.400
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha de la transacción: 03/03/2026
CUS: 108710111
Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

Para mayor información comunícate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

Contáctanos: https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda

Un servicio de ach COLOMBIA

ACH Colombia Oficial

@ACHColombia_

ACHColombiaOficial

ACH Colombia Oficial

"AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:
La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección https://www.pse.com.co/web/guest/persona-centro-de-ayuda en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias."

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **SANDRA LILIANA PINTO GARCIA**, identificada con **CC** número **52274562**, aportó por **SANDRA LILIANA PINTO GARCIA** identificado(a) con **CC** número **52274562** 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 02 - 2026 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
EPS010	EPS Sura	59															0		30	$1,750,905	0.12500	$218,900	$0	$0	Febrero - 2026	60362136	03/03/2026	NO
230301	Porvenir	59															0		30	$1,750,905	0.16000	$280,200	$0	$0	Febrero - 2026	60362136	03/03/2026	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,750,905	0.01044	$18,300	$0	$0	Febrero - 2026	60362136	03/03/2026	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **4** días del mes **Marzo** de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 10 de Febrero del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

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:

TI	**1145925270**	**LUNA MARIANA RONCANCIO PINTO**	**Hijo(a)**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,



SANDRA LILIANA PINTO GARCIA
C.C. 52274562

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1145925270

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41604384

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [7 3] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** D V C

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RONCANCIO	PINTO

Nombre(s): LUNA MARIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2008 Mes AGO Día 14	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	51247356-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: PINTO GARCIA SANDRA LILIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 52,274,562 de SANTAFE DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: RONCANCIO SANABRIA ARNULFO EVANGELISTA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 79,491,219 de BOGOTA D.E.	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: RONCANCIO SANABRIA ARNULFO EVANGELISTA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 79,491,219 de BOGOTA D.E.	

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

Año 2008 Mes AGO Día 25

Nombre y firma del funcionario que autoriza

CARLOS ABED TORO O.
Notario(E) 73
CARLOS ABED TORO OTERO (E)
(Nombre y firma)

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y Firma

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA 73 BOGOTÁ
REGISTRO CIVIL
NOTARIA SETENTA Y TRES DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL
PAPEL COMÚN, ARTICULO 115, DECRETO
1260 DE 1.970 31 OCT. 2013
BOGOTA D.C.

VICTORIA BERNAL Notaria 73

PEGA S.A. NIT. 890.321.151-0


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 52.274.562
PINTO GARCIA
APELLIDOS
SANDRA LILIANA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 03-NOV-1976
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
20-DIC-1994 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
A-1500150-00207521-F-0052274562-20100106
0019635817A 1
1510343994


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NÚMERO 1.145.925.270
RONCANCIO PINTO
APELLIDOS
LUNA MARIANA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 14-AGO-2008
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
14-AGO-2026
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G.S. RH
F
SEXO
05-ABR-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO

VIGILADA MINEDUCACIÓN

Universidad de La Sabana

ORDEN DE MATRÍCULA
NIT.860.075.558-1
Teléfono 861 5555 Ext 31781 31762 31773

REFERENCIA 0000829535	
FECHA 30/09/2025	**CICLO LECTIVO** PERIODO 2026-1

Documento de Identidad: 1145925270
Apellidos: RONCANCIO PINTO
Nombre: LUNA MARIANA
Programa Académico: COMUNICACION AUDIOVISUAL Y MULTIMEDIOS

ID: 0000384093
Dirección: CR 21 134 - 61
Ciudad: BOGOTA D.C.
Teléfono:

OBLIGACIONES	VALOR ($)	DEDUCCIONES	VALOR ($)
CUOTA UNICA MATRICULA COMUNICACION AUDIOVISUAL Y MULTIMEDIOS	17.926.000,00	BECA EXCELENCIA COMUNICACION AUDIOVISUAL Y MULTIMEDIOS PRISMA	8.604.480,00
		VALOR A CANCELAR HASTA: 15/11/2025	**9.321.520,00**

Recuerde que una vez pagados los derechos de matrícula, no habrá lugar a devolución ni acumulado.

INFORMACIÓN DE CARÁCTER IMPORTANTE

Pago de matricula persona natural: por favor siga las instrucciones de la carta anexa

Pago de matrícula por parte de una empresa (valor total o parcial) por favor tenga en cuenta lo siguiente:

- No realizar ningún abono a la orden de matrícula.
- Si aplica a alguna beca y es favorecido(a) se deberá asignar primero a su orden de matrícula dicho porcentaje.
- Solicitar por medio del Coordinador de admisión la información para tramitar la factura a nombre de la organización. NOTA: Si se realiza un pago parcial o total a su orden de matrícula no se podrá generar la factura a la empresa.

EXCLUSIVO PROGRAMA DE MEDICINA: la admisión del estudiante no asegura el cupo en la Universidad, esto teniendo en cuenta que estamos sujetos a un número de cupos aprobados por el Ministerio de Educación Nacional según Registro Calificado Resolución No. 023350 del 12 de diciembre de 2022. En caso de realizar el pago de la matrícula después que el número de cupos disponibles estén completos, dicho pago se devolverá o se hará la reserva de cupo para el periodo inmediatamente siguiente, de acuerdo con la solicitud que realice el estudiante admitido a la Universidad.
Conforme al Reglamento de Estudiantes Artículo 1 "ESTUDIANTE REGULAR: Se considera estudiante regular de la Universidad a toda persona que formaliza su matrícula mediante el pago de los correspondientes derechos pecuniarios para un período académico y la realización de la correspondiente inscripción de materias".

Campus del Puente del Común, Km. 7, Autopista Norte Bogotá. Chía, Cundinamarca, Colombia.

-ESTUDIANTE –

Universidad de La Sabana

ORDEN DE MATRÍCULA
NIT.860.075.558-1
Teléfono 861 5555 Ext 31781 31762 31773

REFERENCIA 0000829535	
FECHA 30/09/2025	**CICLO LECTIVO** PERIODO 2026-1

Documento de Identidad: 1145925270
Apellidos: RONCANCIO PINTO
Nombre: LUNA MARIANA
Programa Académico: COMUNICACION AUDIOVISUAL Y MULTIMEDIOS

BANCO O CORPORACION	CUENTA No.
BANCOLOMBIA – CTA AHORROS - CONV 871 BBVA COLOMBIA – CONVENIO 29480	20437001715 0309039832

OBLIGACIONES	VALOR ($)	DEDUCCIONES	VALOR ($)

De conformidad con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, autorizo que mis datos personales, tanto privados como sensibles sean incorporados en las bases de datos de responsabilidad de la **UNIVERSIDAD DE LA SABANA** y que estos sean tratados con la siguientes finalidades: ofrecimiento de programas educativos, desarrollo de los procesos académicos, bienestar universitario, prácticas empresariales, financiación, biblioteca, becas, ayudas económicas, relaciones internacionales, movilidad internacional, participación en eventos o concursos (académicos, culturales, recreativos, deportivos), congresos y/o seminarios, relacionamiento de egresados y graduados, atención en centro médico, difusión de información a través de los medios de comunicación de la universidad, temas publicitarios, comerciales, investigativos, estadísticos, de mercadeo, networking y en general para todas las actividades que se enmarquen dentro del objeto social de la universidad y de conformidad con la política de protección de datos de la universidad a la cual podré tener acceso en la página web www.unisabana.edu.co/nosotros/politica-de-proteccion-de-datos. Así mismo, autorizo la transmisión y transferencia de mis datos personales a terceros cuando ello sea necesario en virtud de los fines señalados anteriormente y de la relación que mantengo con la universidad.
De igual modo, declaro conocer que no me encuentro obligado a autorizar el tratamiento de mis datos personales sensibles y haber sido informado de que puedo ejercer los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo, mediante escrito dirigido a la **UNIVERSIDAD DE LA SABANA** a la dirección de correo electrónico proteccciondedatos@unisabana.edu.co, o a través de correo ordinario remitido a la dirección Campus del Puente del Común, Km. 7, Autopista Norte de Bogotá, Chia (Cundinamarca), atendiendo los requisitos para el trámite de consultas y reclamos establecidos en la política de protección de datos de la universidad.
Nota para menores de edad: En calidad de representante legal del menor de edad autorizo el tratamiento de sus datos personales de conformidad con las finalidades y condiciones señaladas previamente.

CUOTA UNICA MATRICULA COMUNICACION AUDIOVISUAL Y MULTIMEDIOS	17.926.000,00	BECA EXCELENCIA COMUNICACION AUDIOVISUAL Y MULTIMEDIOS PRISMA	8.604.480,00
		VALOR A CANCELAR HASTA: 15/11/2025	**9.321.520,00**

Campus del Puente del Común, Km. 7, Autopista Norte Bogotá. Chía, Cundinamarca, Colombia.

-BANCO O CORPORACION -

De conformidad con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, autorizo que mis datos personales, tanto privados como sensibles sean incorporados en las bases de datos de responsabilidad de la **UNIVERSIDAD DE LA SABANA** y que estos sean tratados con la siguientes finalidades: ofrecimiento de programas educativos, desarrollo de los procesos académicos, bienestar universitario, prácticas empresariales, financiación, biblioteca, becas, ayudas económicas, relaciones internacionales, movilidad internacional, participación en eventos o concursos (académicos, culturales, recreativos, deportivos), congresos y/o seminarios, relacionamiento de egresados y graduados, atención en centro médico, difusión de información a través de los medios de comunicación de la universidad, temas publicitarios, comerciales, investigativos, estadísticos, de mercadeo, networking y en general para todas las actividades que se enmarquen dentro del objeto social de la universidad y de conformidad con la política de protección de datos de la universidad a la cual podré tener acceso en la página web www.unisabana.edu.co/nosotros/politica-de-proteccion-de-datos. Así mismo, autorizo la transmisión y transferencia de mis datos personales a terceros cuando ello sea necesario en virtud de los fines señalados anteriormente y de la relación que mantengo con la universidad.

De igual modo, declaro conocer que no me encuentro obligado a autorizar el tratamiento de mis datos personales sensibles y haber sido informado de que puedo ejercer los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo, mediante escrito dirigido a la **UNIVERSIDAD DE LA SABANA** a la dirección de correo electrónico proteccionedatos@unisabana.edu.co, o a través de correo ordinario remitido a la dirección Campus del Puente del Común, Km. 7, Autopista Norte de Bogotá, Chia (Cundinamarca), atendiendo los requisitos para el trámite de consultas y reclamos establecidos en la política de protección de datos de la universidad.

Nota para menores de edad: En calidad de representante legal del menor de edad autorizo el tratamiento de sus datos personales de conformidad con las finalidades y condiciones señaladas previamente.