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** | **Mayo de 2026** |
| **Versión** | **ENERO - 1,26** |
| **ID de Proceso** | **20518-078197** |

## 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** | **01/05/2026** | **Al** | **31/05/2026** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 18.949.988 |
| **Número de pago** | **4** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 32.688.729 |
| **Valor Bruto Pago:** | | **$ 4.737.497,00** | | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 14.212.491 |

## 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

| | | Mayo | Abril |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **79149582** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.894.999 | $ 1.894.999 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 236.900 | $ 236.900 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 303.200 | $ 303.200 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL I | | $ 9.900 | $ 9.900 |
| | | $ | |
| | | $ | |
| | | $ | |
| 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. | $ 2.688.000 | | |
| 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)**

06/05/26 22:43:55 USUARIO: SIC - C.C. 52274562

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 04 - 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 | $1,894,999 | 0.12500 | $236,900 | $0 | $0 | Abril - 2026 | 79149582 | 04/05/2026 | NO |
| 230301 | Porvenir | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,894,999 | 0.16000 | $303,200 | $0 | $0 | Abril - 2026 | 79149582 | 04/05/2026 | NO |
| 14-23 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,894,999 | 0.01044 | $19,800 | $0 | $0 | Abril - 2026 | 79149582 | 04/05/2026 | NO |

PAGADA

El presente certificado se expide a los **6** días del mes **Mayo** de **2026**

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

Outlook

**PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 276526691**

**Desde** serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
**Fecha** Dom 3/05/2026 7:38 PM
**Para** sandra_ars_to@hotmail.com <sandra_ars_to@hotmail.com>

# ¡Hola, SANDRA LILIANA PINTO GARCIA!

**Estado de la Transacción:** Aprobada



## Los siguientes son los datos de tu transacción:

**Valor:** $ 559.900

**Empresa:** COMPENSAR-OI

**Descripción:** MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

**Fecha de la transacción:** 03/05/2026

**CUS:** 276526691

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ACH COLOMBIA S.A.

"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 compañia. Gracias."

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 |
| | | 79149582 | 04/05/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-04 | 2026-04 | I | $0 | $559.900 | |

## 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 | 236.900 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 236.900 | 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 | 303.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 303.200 | 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 | 19.800 | | | | 19.800 | 0 | 0 | 19.800 | | | 198 | 19.800 | 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 | 236.900 | 236.900 |
| Pensión | 1 | 303.200 | 303.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 19.800 | 19.800 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 559.900 | 559.900 |

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 |
| | | 79149582 | 04/05/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-04 | 2026-04 | I | $0 | $559.900 | |

## 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 | 1.894.999 | 30 | 303.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS010 | 1.894.999 | 30 | 236.900 | 14-23 | 1.894.999 | 30 | 2 | 19.800 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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<br>BBVA COLOMBIA – CONVENIO 29480 | 20437001715<br>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.