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 ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**85702-659324**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	NAJIA SUSANA SALAME CLAVIJO	**Banco a consignar:**	BANCO DE OCCIDENTE
Cédula de Ciudadanía	51.901.759	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	najiasu@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	535015028
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	SI
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2024**	SI

¿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

Nº del contrato:	7432528/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**11125**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios profesionales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, así como otras actividades que se deriven de los procesos formativos de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subsedes y organizaciones, ejecutando acciones

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/08/2025**	**Al**	**31/08/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 21.311.067
Número de pago	**7**			**Valor Total del Contrato:**	$ 47.528.280
Valor Bruto Pago:			**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 16.711.556

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.511	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	**$ 4.599.511**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.650.351**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9489583835**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 1.839.804
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 230.000	$ 230.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 294.400	$ 294.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.700	$ 9.700
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
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		$ 532.060	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 883.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 4.984.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.650.351,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
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	0%
-	0,00	0%
-	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	**$4.599.511,00**	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS ONCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Apoyé el desarrollo de la formación profesional integral presencial con calidad, oportunidad y eficiencia.

Apoyé la preparación, desarrollo y evaluación de los procesos de aprendizaje de las fichas asignadas.

Informe a la coordinación las novedades presentadas en relación con el registro de datos en SOFIAPLUS.

Asistí a las reuniones programadas por la Subdirección y por la Coordinación.

Gestione la información necesaria para realizar el reporte mensual.

Apoyo activo en el logro de los indicadores haciendo planes de trabajo de acuerdo al programa de formación asignado.

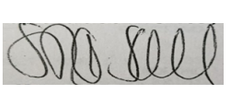
Garanticé el uso adecuado de los ambientes de formación entregándolos en buen estado.

Utilice los medios técnicos dispuesto para la formación tales como el televisor, los cables y computadores.

De mutuo acuerdo he estado disponible en la coordinación para realizar planes de mejorar y participar en comités.

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



NAJIA SUSANA SALAME CLAVIJO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,

ORLANDO SUAREZ MOLINA
INSTRUCTOR G15

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
VIVIANA GOMEZ VARGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

17/08/25 22:02:51 USUARIO: SIC - C.C. 51901759

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51901759		SALAME CLAVIJO NAJIA SUSANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 146 13 80 APT 110 CEDRITOS	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3123732400	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1000002165	9489583835	I	2025/08/15	2025/08/19	BANCO DE BOGOTA	4	$535,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

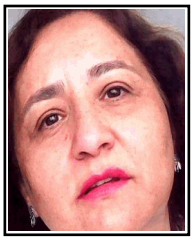
EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$0	$0			$1,840,000	$9,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$0	$0			$1,840,000	$9,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$0	$0			$1,840,000	$9,700		$0	$0
1	CC 51901759	SALAME NAJIA	25-14	30	$1,840,000	$294,400	EPS008	30	$1,840,000	$230,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,840,000	$9,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$0	$0			$1,840,000	$9,700		$0	$0

IPS VIP SALUD OCUPACIONAL

VIP SALUD OCUPACIONAL S.A.S.

NIT. 901434471-7

Carrera 28 A # 51-70 Galerias Bogotá (Bogotá D.C., Colombia)
Cels. 3134010901 - 3144591043 - E-mail. vipsaludocupacional@gmail.com
Actividad económica 8621 Tarifa 9.66/1000



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 5.552

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
27 DÍA	01 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES	**PARTICULARES**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

SALAME CLAVIJO NAJIA SUSANA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	54 AÑOS 10 MESES 9 DÍAS	CC	51901759
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ABOGADA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO PARA EL CARGO CON PATOLOGÍA APARENTE QUE NO LIMITA LAS FUNCIONES ASIGNADAS

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	ANEXO CARDIOVASCULAR
APTO	ANEXO OSTEOMUSCULAR

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

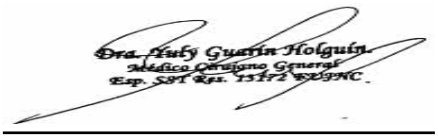
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	GLICEMIA	✓
ANEXO OSTEOMUSCULAR	✓	PERFIL LIPIDICO (COLESTEROL TOTAL- TRIGLICERIDOS)	✓
OPTOMETRÍA	✓	ANEXO CARDIOVASCULAR	✓
CUADRO HEMATICO III	✓	PRUEBAS PSICOMETRICAS	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DEJAR Y/O REDUCIR BEBIDAS ALCOHOLICAS
		DIETA BALANCEADA : DIETA HIPOGRASA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

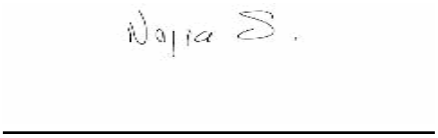
Firma: 

Nombre: GUARIN HOLGUIN YULI MARCELA

R. M.: 53164665 **L.S.O.:** 15078

Código de Seguridad
F860L1R5552

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: SALAME CLAVIJO NAJIA SUSANA

CC: 51901759

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE
FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

Señor (a):
NAJIA SALAME CLAVIJO
CL 83 BIS 23 51 AP 406
POLO
BOGOTA - BOGOTA D.C.
42918

Certificado de Crédito para Declaración de Renta y Deducción por el año gravable 2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

Nombre o Razón Social:
NAJIA SALAME CLAVIJO

Nit (s) o Cédula (s):
51901759

Fecha de Expedición:
20241231

Número de Obligación:
0199201085848

Línea de Crédito: (UVR/Pesos)
CUOTA FIJA EN UVR

Destinación del Prestámo:
VIVIENDA

	Año	Mes	Día
Fecha de Apertura:	2017	11	28
Fecha de Vencimiento:	2042	10	28

Monto Original del Préstamo	$	105,867,810.00
Saldo a Diciembre 31 de 2023	$	126,766,639.35
Saldo a Diciembre 31 de 2024	$	129,848,233.30
Total Pagado por Interés Corriente	$	8,918,254.57
Total Pagado por Interés Mora	$	9,209.26
Total Corrección Monetaria - UVR	$	6,663,055.12
Total Pagado Capital	$	3,581,461.17
Suma Deducible del Periodo	$	12,508,925.00

Estimado Cliente: tenga en cuenta que, de acuerdo con lo establecido en las normas tributarias, este certificado se podrá presentar como soporte para disminuir la base mensual de retención en la fuente de los intereses por créditos hipotecarios destinados a Adquisición de vivienda, por tanto, no aplica para intereses por créditos de mejoramiento y/o ampliación de vivienda.

Si su crédito tuvo aplicación de un cambio de condiciones que haya generado la creación de un cargo diferido que recogía los valores de conceptos diferentes a capital, el valor mensual de este cargo hace parte de la cuota mensual actual.