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	**Octubre de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**98319-072432**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARISOL SANDOVAL SANCHEZ	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	52.206.145	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	msandoval5@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	008970127141
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**	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

N° del contrato:	7432927/2025	**N° Compromiso SIIF**	**13725**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9
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	**01/10/2025**	**Al**	**02/10/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 306.634
Número de pago	**9**			**Valor Total del Contrato:**	$ 35.722.869
Valor Bruto Pago:			**$ 306.634,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 306.634	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	**$ 306.634**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 0**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Octubre	Setiembre			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		----------	**90145086**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	0,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.423.500	$ 1.839.804	Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.000	$ 230.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 227.800	$ 294.400	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL		$ 7.500	$ 9.700	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Reteica - 8299 - BOGOTÁ	0,00	0,966%
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		$ 1.471.787		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ 30.663		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 796.784	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 29.505.907	$ 0			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 6.928.000					
Retención en la Fuente Contingente		$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
				VALOR A PAGAR	**$306.634,00**	

SON: TRESCIENTOS SEIS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Apoyar la implementación de los principios del Proyecto Educativo Institucional (PEI) en el desarrollo de actividades formativas, alin
Cumplir con los lineamientos establecidos en el Reglamento del aprendiz SENA, y de gestión administrativa.
Desarrollar actividades de apoyo en la formación profesional integral, garantizando la alineación con los estándares de calidad, efici
Colaborar en la planeación, ejecución y evaluación de procesos de aprendizaje, aplicando estrategias específicas definidas para grupos
Registrar las novedades en el sistema Sofía Plus, asegurando la trazabilidad de los procesos mediante tareas como creación de rutas de
Gestionar el registro de inasistencias y reportar casos para la activación de rutas de deserción o rutas preventivas asociadas a habil
Revisar la consistencia de los datos de aprendices y su actualización en el sistema Sofía Plus u otro dispuesto por el Centro de Forma
Facilitar procesos de inducción y validación de aprendizajes previos, conforme a las directrices definidas por la entidad y los requer
Facilitar procesos de inducción y validación de aprendizajes previos, conforme a las directrices definidas por la entidad y los requer

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

MARISOL SANDOVAL SANCHEZ
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,

Firmado digitalmente por SAMIR ARTURO BRAVO CHADID
Fecha: 2025.10.24 08:36:51 -05'00'

SAMIR ARTURO BRAVO CHADID
INSTRUCTOR G19

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

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	52206145	MARISOL SANDOVAL SANCHEZ	CL 67 BIS 17 B 90	7650441	ADMINISTRACIONMSS@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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	01/10/2025	90145086	$534.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	230.000	0		0		0	0	0	0	230.000	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	294.400	0	0	0	0	0	0		294.400	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	9.700				9.700	0	0	9.700			97	9.700	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	230.000	230.000
Pensión	1	294.400	294.400
Riesgos Laborales	1	9.700	9.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	534.100	534.100

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
CC	52206145	MARISOL SANDOVAL SANCHEZ		CL 67 BIS 17 B 90	7650441	ADMINISTRACIONMSS@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

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	
2025-09	2025-09	I	01/10/2025	90145086	$534.100	

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	Exonerado	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	52206145	SANDOVAL SANCHEZ MARISOL	59	0			N																	25-14	1.839.804	294.400	0	0	0	0	EPS008	1.839.804	230.000	14-23	1.839.804	1	9.700		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

, 9 de Octubre del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

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.	**1034397028**	**FABIAN MAURICIO IZAQUITA SANDOVAL**	**Hijo(a)**

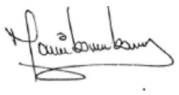
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 25 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.

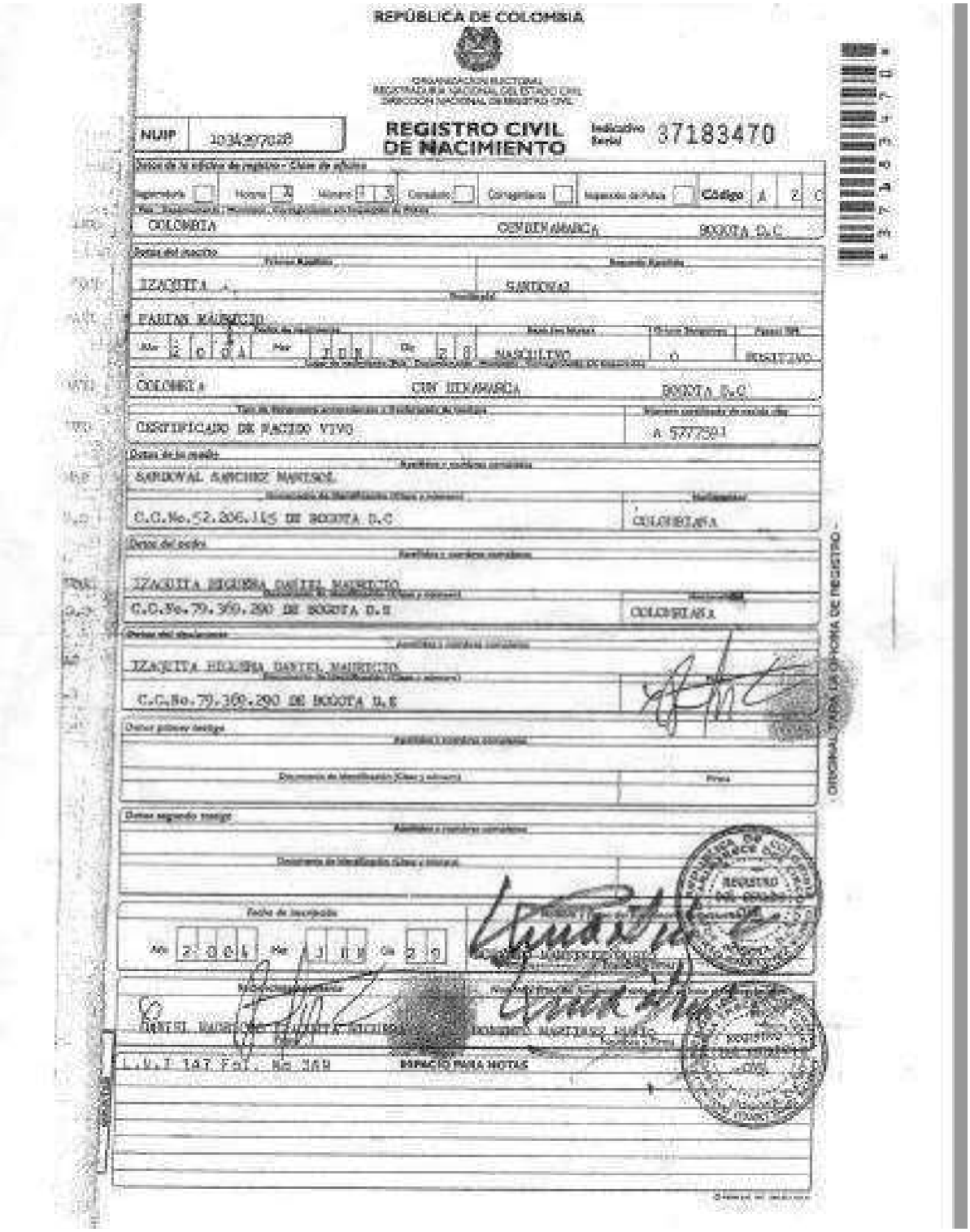
Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad 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,



MARISOL SANDOVAL SANCHEZ
C.C. 52206145



REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1034297028

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 37183470

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Inspección [ ] Notaría [X] Número 1 3 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 2 C

Lugar (Departamento, municipio, corregimiento o inspección de Policía)

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

Datos del nacido

Primer Apellido: IZAQUITA Segundo Apellido: SANDOVAL

Nombre(s): PABLO MAURICIO

Fecha de nacimiento: Año 2 0 0 4 Mes 0 8 Día 2 8 Hora del Nacimiento: MADRUGADA Número de Hijos: 0 Número de Partos: 0 Sexo: MASCULINO

Lugar de nacimiento (País, Departamento, Municipio, Corregimiento o Inspección de Policía)

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

Tipo de documento antecedente o Certificado presentado: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: A 5777591

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: SANDOVAL SANCHEZ MARISOL

Documento de identificación (Clase y número): C.C.No.52.206.115 DE BOGOTA D.C

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: IZAQUITA SEGURRA DANIEL MAURICIO

Documento de identificación (Clase y número): C.C.No.79.369.290 DE BOGOTA D.C

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: IZAQUITA SEGURRA DANIEL MAURICIO

Documento de identificación (Clase y número): C.C.No.79.369.290 DE BOGOTA D.C

Firma:

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 2 0 0 4 Mes 0 9 Día 2 9

Firma del funcionario: DANIEL MAURICIO IZAQUITA SEGURRA

Firma del funcionario: ROSMIRA MARTINEZ LUNA

L.v.I 147 Fol. No. 369

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA OFICINA DE REGISTRO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
1.034.397.028
ZAQUITA SANDOVAL
JUAN MAURICIO
fabian
FECHA DE NACIMIENTO 28-JUN-2004
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
1.69
O+
M
11-JUL-2022 BOGOTA D.C

Universidad del Rosario

EL SUSCRITO DIRECTOR DE LA OFICINA DE
REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO DE LA

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO - 1653
Personería Jurídica Res. 58 de Septiembre 16 de 1895
NIT. 860.007.759-3

CERTIFICA:

Que **FABIAN MAURICIO IZAQUITA SANDOVAL** identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1034397028, se encuentra actualmente **MATRICULADO**, cursa el **NOVENO** período académico en el programa de **LICENCIATURA EN FILOSOFIA** en este Colegio Mayor durante el primer período académico de 2025.

El estudiante adelanta un programa desarrollado en un horario diurno de Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 4:00 p.m. con una intensidad de 28 horas semanales. El programa tiene una duración de 161 créditos académicos.

El estudiante Fabian Mauricio Izaquita Sandoval está vinculado a esta Universidad desde el primer período académico del 2021.

Dado en Bogotá D.C., a los (24) veinticuatro días del mes (02) febrero de (2025) dos mil veinticinco.

FRANCISCO JAVIER GARCÍA C
Director Oficina de Registro Académico

Firmado Por
FRANCISCO GARCIA 79514103 (24/02/2025 11:38 COT)

Url De Verificación
https://portafirmas.universitasxxi.com/inbox/app/uro/v/BYZV-7X9I-RKXQ-U6AQ
Código Seguro De Verificación BYZV-7X9I-RKXQ-U6AQ

Notaría 7a
CIRCULO DE BOGOTÁ

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA SEPTIMA DEL CÍRCULO DE BOGOTA D.C.-
CÓDIGO 11001007
ACTA DECLARACIÓN CON FINES EXTRAPROCESALES
DECRETO 1557 DE 1.989

NÚMERO 4651

En la ciudad de Bogotá, Distrito Capital, República de Colombia, siendo el día, jueves, 26 de diciembre de 2024, ante el Doctor **JOSE NIRIO CIFUENTES MORALES** Notario Séptimo (7°) Encargado del Círculo Bogotá D.C., compareció: **MARISOL SANDOVAL SANCHEZ** mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía N° 52.206.145 de Bogotá D.C, estado civil: Soltera , de profesión u ocupación: independiente, con domicilio en Bogotá D.C., en la dirección: carrera 18#14-04 torre 2 apto 1303 edificio sabana central, Barrio: el liston, Celular:3213601453; quien comparece con el fin de rendir DECLARACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO de conformidad con el Decreto 1.557 de 1.989. Previa la advertencia de las implicaciones legales que acarrea jurar en falso, contenidas en el Artículo 442 del C.P., en concordancia con el Artículo 389 del C.P.P., manifestó:

PRIMERO: DECLARO BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO que mis nombres y apellidos son como han quedado dichos y escritos, de las condiciones civiles y personales antes anotadas.

SEGUNDO: Declaro mi condición de **MUJER CABEZA DE FAMILIA,** debido a que ejerzo la jefatura de mi hogar y tengo bajo mi cargo afectivo, económica y socialmente en forma permanente a mi hijo **FABIAN MAURICIO IZAQUITA SANDOVAL**, identificado con Cedula De Ciudadanía número 1.034.397.028. Declaro la condición que ostento de **MUJER CABEZA DE FAMILIA** por las siguientes circunstancias: declaro que no convivo con el padre de mi hijo, no recibo una ayuda económica para su sostenimiento.

La presente declaración se rinde de conformidad con lo establecido por el artículo 1 de la ley 1232 del 2008, que modificó el artículo 2 de la ley 82 de 1993 y no causa emolumentos notariales.

TERCERO: Manifiesto que he leído lo que voluntariamente he declarado ante el NOTARIO, lo he hecho cuidadosamente y no tengo ningún reparo, ni nada que aclarar, corregir y/o enmendar; Por lo tanto, le otorgo mi FIRMA dado que es real a lo solicitado al señor NOTARIO. El Notario ha advertido previa y expresamente a la persona que voluntariamente realiza esta declaración, que las personas son libres conforme a la Constitución Política de Colombia, de manifestar, expresar y/o declarar, espontáneamente lo que a bien tenga; pero que esta declaración se debe hacer conforme a la ley, el orden público y las buenas costumbres. REALIZADA ESTA OBSERVACIÓN y ASI ACEPTADA SE PROCEDE A SU FIRMA POR PARTE DE EL (LA) DECLARANTE. No siendo otro el objeto de la presente diligencia se termina y se firma en constancia y como prueba de lo anteriormente manifestado.

El suscrito Notario Encargado deja constancia que la presente declaración se hace de conformidad con lo manifestado por el (la) declarante.

Esta declaración se rinde para presentarla **A LA ENTIDADQUE CORRESPONDA** para los fines legales pertinentes.

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA SEPTIMA DEL CÍRCULO DE BOGOTA D.C.-
CÓDIGO 11001007
ACTA DECLARACIÓN CON FINES EXTRAPROCESALES
DECRETO 1557 DE 1.989

LA DECLARANTE:

C.C 52 206 145 de Bta

EXENTO DE PAGO

JOSE NIRIO CIFUENTES MORALES
NOTARIO SEPTIMO (7°) ENCARGADO DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.
RESOLUCIÓN N° 13752 DE FECHA 11 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2024,
DE LA SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO

Estado de Crédito Hipotecario

en UVR

Bancolombia

NIT: 890.903.938-8

SEÑOR(A):

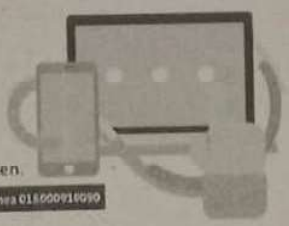
MARISOL SANDOVAL SANCHEZ

CALLE 67 Bis No. 17B- 90

BOGOTA D.C.

BOGOTA D.C.

Pide tus extractos de forma digital.
Tu tiempo y el medio ambiente te lo agradecerán.



Felicitaciones a todos los que ya lo hacen.

Contáctanos por el chat en línea o llámanos a nuestra línea 018000910090

¡Ten siempre a la mano tus extractos! Consulta o descarga tus extractos del presente mes o los meses anteriores, cada vez que los necesites ingresando a la sucursal virtual personas, opción Documentos-Extractos.

Fecha de Pago	Fecha en que se generó el extracto	Valor a Pagar	Saldo a la fecha en que se generó el extracto
2025/09/10	2025/08/31	$ 1,851,381.87	$ 251,141,232.73

Información General

Número de crédito	90000293560	Plan:	CUOTA CONSTANTE EN UVR-VIVDA NOVIS
Tasa interés pactada	7.60% EA	Valor desembolso	$ 240,000,000.00
Tasa interés cobrada	7.30% EA	Fecha de desembolso	2024/07/10
Tasa interés subsidiada	0.00% EA	Plazo total en meses	360
Tasa interés mora pactada	11.40% EA	Valor asegurado Incendio y Terremoto	$ 335,633,868.00
Tasa interés mora cobrada	0.00% EA		

*EA: Efectiva Anual

Información Próximo Pago

Nro. cuota a cancelar		014	Nro. cuotas vencidas		000
Nro. cuotas pendientes para pago total		347	Valor cuotas vencidas	$	0.00
Valor de la cuota sin seguros y sin comisiones	$	1,695,449.87	Interés de mora	$	0.00
*Valor seguro vida	$	98,274.00	Valor cuota sin subsidio Gobierno	$	0.00
*Valor seguro incendio	$	34,596.00	Valor subsidio Gobierno	$	0.00
*Valor seguro terremoto	$	23,062.00	Valor cuota con subsidio	$	0.00
Valor comisiones	$	0.00			

El costo por el servicio de recaudo de las primas de los seguros de Vida e Incendio y Terremoto es de $17 611 + IVA por cada uno, valor asumido por las aseguradoras. El campo "Valor seguro vida" corresponde al valor de la prima teniendo en cuenta tanto titular como cotitular en caso de que haya lugar. Para conocer la tasa con la que fue calculado el "Valor seguro vida", dirígete al anexo de tasas que contiene este extracto. El campo "Valor asegurado Incendio y Terremoto" se actualiza conforme con las valorizaciones del inmueble de cada año, y para efectos del seguro, se recalcula anualmente en el mes de noviembre.

Saldo de capital en UVR:	635,333.2975	Valor de la unidad UVR a la fecha de pago:	394.0752	Valor cuota en UVR:	4,302.3511
Movimiento de capital en UVR:	558.3349	Movimiento de interés corriente en UVR:	3,744.2211		

Movimientos Último Periodo

Fecha aplicación	Descripción	Capital	Intereses		Seguros			Otros Cargos	Total
			Corriente	Mora	Vida	Incendio	Terremoto		
2025/08/06	Abono Extra	80.50	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	80.50
2025/08/06	Pago Cuota Anticipado	219,199.70	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	219,199.70
2025/08/06	Pago Cuota Anticipado	0.00	1,471,787.80	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,471,787.80
2025/08/06	Pago Cuota Anticipado	0.00	0.00	0.00	98,274.00	34,596.00	23,062.00	0.00	155,932.00
2025/08/10	Beneficio por Cuota Anticipada	166.60	-166.60	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Observaciones

El campo "Saldo a la fecha en que se generó el extracto" corresponde a la suma de capital, interés corriente, interés de mora, seguros y otros conceptos a pagar

VIGILADO BANCOLOMBIA S.A.

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° 5,567

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)

SANDOVAL SANCHEZ MARISOL	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	48 AÑOS 5 MESES 7 DÍAS	CC	52206145
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
CONTADORA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO SIN PATOLOGÍA APARENTE

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
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		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		Aspirante o Trabajador
Firma: 		**Firma:** 
Nombre: GUARIN HOLGUIN YULI MARCELA		**Nombre:** SANDOVAL SANCHEZ MARISOL
R. M.: 53164665 **L.S.O.:** 15078	**Código de Seguridad** D860J1P5567	**CC:** 52206145

IPS VIP SALUD OCUPACIONAL	**CONCEPTO DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA OCUPACIONAL.**	**Versión: 0**1 **Emisión: 16/09/21** **Página** 1 de 1
	VALORACION DE PRUEBAS ESPECIFICAS	

De acuerdo con la evaluación psicológica realizada a través de las pruebas de MINIMULT (X), se puede inferir que:

Apellidos y Nombres: SANDOVAL SANCHEZ MARISOL
Empresa: SENA
Documento de Identida 52206145
Fecha de Aplicación: ENERO 27 **-** 2023

El paciente presento las siguientes pruebas que se correlacionan con los requisitos exigidos en el perfil definido para el citado cargo, teniendo en cuenta la identificación de habilidades especificas a través de las pruebas escritas, obteniendo los siguientes resultados:

RESULTADOS:

PRUEBA PERSONALIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA DE PERSONALIDAD
HIPOCONDRIASIS	Expresa interés basico acerca de su salud; otros presentan quejas somáticas difusas y vagas, preocupación por su salud
DEPRESION	Persona con perspectivas de la vida dentro de un equilibrio de optimismo y pesimismo.
HISTERIA	Se caracteriza por relaciones interpersonales adecuadas y una actitud sobria. con la gente conformista y acorde de tacto social. Socialmente afable.
DESVIACION PSICOPATICA	Independiente con basica enérgia y dinamismo. Pueden haber tenido experiencias de dificultades con aceptación de normas sociales.
PARANOIDE	Personas testarudas, obstinadas, persistentes, sensibles, demasiados sensibles con antagonismo interpersonales.
PSICASTENIA	Evidencia racionalizacion innesaria e intelectualizacion sin propósito aparente.
ESQUIZOFRENIA	No refleja alteración
HIPOMANIA	De acorde temperamento e interesados en la vida. Con interaccion social acorde pero superficial.

***** Observaciones Generales:** **E**s importante recordar que estas pruebas no son determinantes sino complementarias para la elección final del candidato. Las pruebas psicológicas pretender identificar que el postulante cuente con las características necesarias para afrontar el puesto del trabajo que se está ofertando. Al interpretar pruebas **NO SE ESTAN DIAGNOSTICANDO CRITERIOS CLINICOS LITERALES YA QUE ESTE SE REALIZA BAJO NIVEL OCUPACIONAL** . La fase más importante en el proceso de reclutamiento es la entrevista personal, aquí, el entrevistador podrá corroborar cualquier interpretación de personalidad del postulante, además de la información académica y profesional.

Jessica A. Rincon N.
Esp. en Psicología
Ocupacional y Organizacional
C.C. 52 808 410

LABORATORIO CLÍNICO

ANALISIS CLINICO ESPECIALIZADO
Dra. Carolina Castillo Romero
Bacterióloga U.Colegio Mayor de Cundinamarca

Fecha de toma: 27-ene.-23 Hora: 01:05 p.m.
Consecutivo: 4013 -
Paciente: MARISOL SANDOVAL SANCHEZ
Identificación: CC : 52206145
Edad: 48 Años Género: FEMENINO

F. impresión: 27/1/2023 18:40:15
Entidad: VIP IPS
Doctor: .
Teléfono: 0

HEMOGRAMA:

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	VR REFERENCIA
WBC	**10.2**	x 10^3/uL	4.0 - 12.0
LYM%	31.7	%	20.0 - 60.0
MID%	6.9	%	0.0. - 10
GRAN%	61.4	%	50.0 - 70.0
LIM#	3.2	x 10^3/uL	0.8 - 7.0
GRAN#	6.3	x 10^3/uL	2.0 - 8.0
MID#	0.7	x 10^3/uL	0.1 - 1.2
GR	4.8	x 10^6/uL	3.5 - 5.5
HGB	**15.4**	gr%/dL	12.0 - 14.5
HTC	**41.2**	%	35.0 - 49
VCM	**85.83**	fL	80 - 100
MCH	**32.08**	pg	27 - 36.0
MCHC:	37.38	gr/dL	31.0 - 37.0
RDW-CV	12.1	%	11- 16.0
PLQ	370.0	x 10^3/uL	150 - 450
MPV	8.8	%	6,5 - 12,0
PDW	10.8	fL	9,0 - 17.0
PCT	33.0	%	0,02 - 0,4

DRA. CAROLINA CASTILLO ROME
TP.52530339
BACTERIOLOGA U.C.M.C.

Código de Verificación /$$C&=J/JC=6$p=$C$6