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	**Marzo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**77495-866294**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	AMPARO SUA ESTEPA	**Banco a consignar:**	BANCO COLPATRIA
Cédula de Ciudadanía	52.528.426	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	asua@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	4922009222
IP/Nº de contacto:	15860	**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	SI
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:	9014032/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**9726**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios personales, de carácter temporal, de manera autónoma e independiente, para desarrollar actividades orientadas a la planeación ejecución y evaluación de la Formación Profesional Integral, conforme a la planificación definida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, de madrugada y fines de semana, en modalidades presencial,

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2026**	**Al**	**31/03/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 45.006.221
Número de pago	**2**			**Valor Total del Contrato:**	$ 49.743.718
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 40.268.724

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	**$ 2.525.944**	**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		----------	**1080144386**
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		$ 345.803	
Dependientes hasta		$ 473.750	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 842.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 842.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.525.944,00	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

Planificar la formación profesional integral de las fichas asignadas.

Elaborar planes de formación y guías didácticas.

Impartir formación profesional integral de acuerdo a las competencias y fichas asignadas.

Usar metodologías activas y recursos tecnológicos.

Evaluar en el aplicativo sofia plus los resultados de aprendizaje de los aprendices asignados.

Registrar las inasistencias de los aprendices en el aplicativo sofia plus.

Participar en procesos de formación continua

Participar en las actividades organizadas por la Coordinacion Academica

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



AMPARO SUA ESTEPA
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,



NARANJO NOSSA RAFAEL ALBERTO
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
MIGUEL ANGEL RUIZ BOHORQUEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-05, 04:32:01 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1080144386

Periodo Cotización: febrero de 2026 **Periodo Servicio:** febrero de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823961733

PAGADO 04/03/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	AMPARO SUA ESTEPA		
Documento	CC52528426	**Dirección**	CRA 68 D 1 34
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3114897614
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52528426	AMPARO SUA ESTEPA	59	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 3.201.806	$ 512.300	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 3.201.806	$ 400.300	0,522	$ 3.201.806	$ 16.800	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 3.201.806	$ 64.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 993.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 3.201.806	$ 3.201.806	$ 3.201.806	$ 3.201.806	$ 512.300	$ 400.300	$ 16.800	$ 64.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 993.500	$ 0	$ 993.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 2 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:

RC	1025159552	LUCIANA LOPEZ SUA	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,



AMPARO SUA ESTEPA
C.C. 52528426

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 62483146

NUIP 1025159552

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 21 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A B D

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LOPEZ	SUA

Nombre(s)

LUCIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes OCT Día 06	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA-SANTANDER-BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
DOCUMENTO AUTENTICO	

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: SUA ESTEPA AMPARO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 52528426	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: LOPEZ MORENO CARLOS EDUARDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 79812947	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: LOPEZ MORENO CARLOS EDUARDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 79812947	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2023 Mes DIC Día 11	CARMIÑA CASTILLO PRIETO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

AUTORIZADO POOR CARMIÑA CASTILLO PRIETO NT 21 ENC RESOLUCION No. 12720 DE 17 DE NOVIEMBRE DE 2023.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE
FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

Señor (a):
AMPARO SUA ESTEPA
KR 68 D 1 34
KENNEDY
BOGOTA - BOGOTA D.C.
142051

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

Nombre o Razón Social:
AMPARO SUA ESTEPA

Nit (s) o Cédula (s):
52528426

Fecha de Expedición:
20241231

Número de Obligación:
0132209074995

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

Destinación del Prestámo:
VIVIENDA

	Año	Mes	Día
Fecha de Apertura:	2017	07	26
Fecha de Vencimiento:	2032	11	26

Monto Original del Préstamo	$	67,823,000.00
Saldo a Diciembre 31 de 2023	$	52,521,399.08
Saldo a Diciembre 31 de 2024	$	48,510,126.97
Total Pagado por Interés Corriente	$	5,846,277.40
Total Pagado por Interés Mora	$	21,298.42
Total Corrección Monetaria - UVR	$	0.00
Total Pagado Capital	$	4,011,272.11
Suma Deducible del Periodo	$	5,867,575.82

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICACION

ABEJORRAL, ANTIOQUIA, **17/03/2026**
COLOMBIA,
SENA

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor AMPARO SUA ESTEPA** con **Cédula de Ciudadanía** número **52528426**

Posee en el banco Davivienda:

CRÉDITO HIPOTECARIO

Número	**5700456800071645**
Saldo al corte	**$ 9,268,493.29 Pesos**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

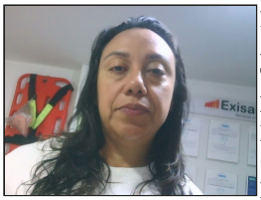
Exisalud IPS
Servicios Integrales en Salud
NIT. 901.385.351-0

PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioalclienteexisalud@gmail.com

Sede Ppal. Av. Boyacá
Cel: 3235767391
Av. Boyacá No. 64 f 42

Sede Chapinero
Cel: 3145772197
Carrera 17 No. 68 - 58

Certificado de aptitud laboral
Examen medico ocupacional osteomuscular pre-ingreso



Fecha: 06/Ene/2026, **Hora:** 06:18:33 a.m.
Apellido: SUA ESTEPA **Nombre:** AMPARO
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 52528426
Empresa: PARTICULAR
Emp. Usuaria: PARTICULAR
Cargo: INDEPENDIENTE
Direccion: AV CALLE 57 R SUR # 73-75
Telefono: **Celular:** 3114897614 **Email:** AMPAROSUAE@GMAIL.COM **Estado Civil:** Union libre
Ciudad: BOGOTA D.C. - CIUDAD BOLÍVAR
Responsable: - **Parentesco:** - **Telefono:**

HC: # 90189
Edad: 46 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 07/Ago/1979

Rh: O+

Examenes Realizados

☑ Visiometría	☑ Glicemia	☑ Valoracion psicologica	☑ Examen medico ocupacional de pre- ingreso con énfasis osteomuscular

Recomendaciones Especificas

S.V.E.

* Sve salud visual

Estilo de Vida Saludable

* Ejercicio regular
* Dieta balanceada

Medicas

* Valoración por nutricionista eps
* Uso de corrección óptica permanente
* Continuar manejo farmacológico e indicaciones de medico tratante

Laborales

* Pausas activas
* Mantener adecuada higiene postural

Concepto

Apto para el cargo con recomendaciones

Recomendaciones Personalizadas

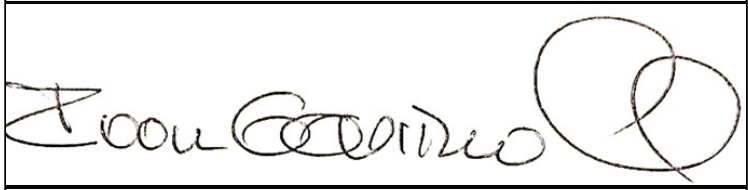
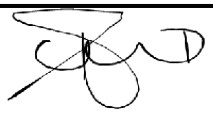
Uso de epp
bajo consumo de harinas y azucares

Observaciones

Covid 2 Dosis
Imc 28,23

Consentimiento Informado

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 Gestión de la 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 le ído 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.

Firma Medico		Firma Paciente
		
Ivan dario gaviria montoya Medico especialista sst **Lic. de S.O #:** 7629 010716 **Registro #:** 70129523		Amparo sua estepa CC 52528426

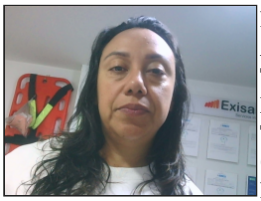
Exisalud IPS
Servicios Integrales en Salud
NIT. 901.385.351-0

PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioalclienteexisalud@gmail.com

Sede Ppal. Av. Boyacá
Cel: 3235767391
Av. Boyacá No. 64 f 42

Sede Chapinero
Cel: 3145772197
Carrera 17 No. 68 - 58

Visiometria



Fecha: 06/Ene/2026, **Hora:** 06:18:33 a.m.
Apellido: SUA ESTEPA **Nombre:** AMPARO **HC:** # 90189
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 52528426 **Edad:** 46 años **Sexo:** Femenino ♀
Direccion: AV CALLE 57 R SUR # 73-75
Telefono: **Celular:** 3114897614 **Email:** AMPAROSUAE@GMAIL.COM **Estado Civil:** Union libre
Ciudad: BOGOTA D.C. - CIUDAD BOLÍVAR
Responsable: - **Parentesco:** - **Telefono:**

.

Antiguedad en la Empresa Ingreso Antiguedad en el Cargo

Antecedentes					
Personales		**Familiares**		**Laborales**	
Hipertension Arterial	No	Hipertension Arterial	No		No
Diabetes	No	Diabetes	No		No
Hipercolesterolemia	No	Glaucoma	No		No
Glaucoma	No	Cataratas	No		No
Migraña	No	Miopía	No		No
Cataratas	No	Astigmatismo	No		No
Cirugías Oculares	No	Hipermetropía	No		No
Traumas Oculares	No				
Cuerpos Extraños	No				
Hipermetropía	No				
Astigmatismo	No				
Miopía	No				

Correccion	
Usa Lentes	No
Solo Cerca	No
De Contacto	No
Solo Lejos	No
Permanentes	No
Bifocales / Progresivos	No
Presenta corrección óptica durante el examen	No

Evaluacion					
Agudeza Visual	**Vision de Lejos SC**	**Vision de Cerca SC**	**VL CC**	**VP CC**	**ADD**
O.D.	20/25	0.75m			
O.I.	20/40	0.75m			
A.O.	20/25	0.75m			

Examen Externo					
Percepcion del Color			**Convergencia**		
Percepcion Anormal	No		Lejos	No	
			Cerca	No	

Interpretacion	Lejos		Cerca	
	Derecho	**Izquierdo**	**Derecho**	**Izquierdo**

Agudeza Visual Normal

Patologia de Refraccion

Adecuadamente Corregida				
Inadecuadamente Corregida				
No Corregida	X	X	X	X

Interpretacion	Normal	Anormal
Vision de Profundidad	X	
Percepcion de Colores	X	
Forias	X	
Vision Periferica	X	

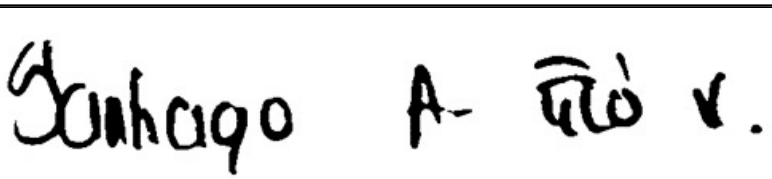
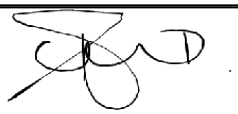
Concepto

Cumple actualmente requerimiento ocupacional: Si X No

Recomendaciones

Debe usar correccion para laborar	Si X No	Valoracion por Optometria	Si X No	Valoracion por Oftalmologia	Si No X	Se recomienda control de Visiometria	en 12 Meses

Conducta Dx: H522, H524. Buenas Condiciones Visuales,se Recomienda Uso De Lentes, Se Explica Estado Visual, Se Recomienda Control Anual Con Optometría Para Verificar Estado Visual, Se Sugiere Buenas Condiciones De Iluminación En Sitio De Trabajo Y Realizar Pausas Activas Visuales Durante La Jornada Laboral, En Actividades Que Lo Ameriten Hacer Uso De Elementos De Protección Personal, En Actividades Con Uso De Dispositivos O Pantallas Distancia Adecuada De Las Mismas Y Lavado De Manos De Manera Frecuente.

Firma Medico		Firma Paciente
		
Santiago alberto filo velásquez Optometra **Lic. de S.O #:** 6268 **Registro #:** 11/08/2023		Amparo sua estepa CC 52528426

PCR LABORATORIO CLINICO

DRA PILAR CAÑON ROJAS

NIT 52359661-1

Paciente:	**Amparo Sua Estepa**	**Codigo:**	**90189**
Edad:	**46 años**	**Fecha:**	**6/01/2026**
Identificación:	**52.528.426**	**Sexo:**	**Femenino**

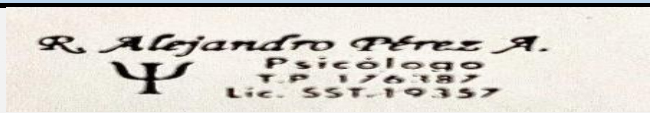
QUIMICA

Nombre del Examen	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
Glicemia Pre	95	mg/dl	70 a 110

ANDREA DEL PILAR CANON

BACTERIOLOGA U.C.M.C

REG 52359661-1

FECHA DEL EXAMEN	6/01/2026 10:53
IPS Exisalud Servicios Integrales en Salud	VALORACIÓN POR PSICOLOGÍA
TIPO DE EXAMEN	VALORACIÓN PSICOLÓGICA
DATOS DEL PACIENTE	
NOMBRE COMPLETO	Amparo Sua Estepa
IDENTIFICACIÓN	52528426
EDAD	46 AÑOS
EMPRESA	Particular
CARGO	Instructor SENA
SEXO:	Femenino ♀
CONCEPTO	APTO +
VP(A): El candidato se encuentra dentro de un perfil normal, en sus tres esferas mentales y no se evidencia ninguna alteración socio-afectivo-emocional. En entrevista se descartan posibles trastornos.	
PSICÓLOGO	FIRMA
R. ALEJANDRO PÉREZ ARTEAGA	
TARJETA PROFESIONAL: 176387	
RESOLUCIÓN SST: 19357 DE 08/07/2024	

Certificado para declaración de renta año 2024

Apreciado cliente:

Para el Banco Caja Social, Su Banco Amigo, es muy importante brindarle información oportuna sobre el comportamiento de sus productos de financiación de vivienda, así como contribuir a agilizar los trámites que debe hacer ante los organismos oficiales. Lo anterior, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1.6.1.12.1 del Decreto Único Reglamentario Tributario 1625 del 11 de octubre de 2016, y en el artículo 119 del Estatuto Tributario, referente a la deducción de intereses sobre préstamos para adquisición de vivienda.

Por lo tanto, lo invitamos a revisar su certificado del crédito hipotecario para declaración de renta, remitido con el extracto del mes de marzo, o también lo puede descargar en forma fácil y rápida ingresando a https://www.bancocajasocial.com, en la opción “Mis certificaciones” de la zona transaccional.

Adicionalmente, tenga en cuenta la siguiente información:

- El monto máximo anual deducible por este concepto para el año gravable 2024 es de cincuenta y seis millones cuatrocientos setenta y ocho mil pesos ($56,478,000).
- Si figura más de un titular en el préstamo, la deducción se puede aplicar proporcionalmente a cada uno o en su totalidad a uno solo, siempre y cuando el otro no lo solicite.
- Según lo establecido en las normas tributarias antes referidas, en la declaración de renta y en la base mensual de retención en la fuente por salarios solamente se podrán deducir los intereses por créditos hipotecarios destinados a adquisición de vivienda. Esto significa que no se puede aplicar a los intereses pagados por créditos para mejoramiento o ampliación de vivienda.

Con gusto ampliaremos esta información y le brindaremos asesoría especializada en la Línea Amiga, marcando (601) 542 6446 en Bogotá, a la línea nacional gratuita 01 8000 910 038 desde el resto del país, o al #233 desde su celular.

Cordialmente,

Juan Francisco Sánchez Pérez
Vicepresidente Comercial