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	**18870-616266**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	SANDRA CRISTINA MUÑOZ CASTILLO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	37.123.131	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	scmc.421@gmail.com	**Número de Cuenta:**	87845419475
IP/Nº de contacto:	10100	**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 2025**	SI

¿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:	8991068/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**10526**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	6

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:**	$ 19.897.500
Número de pago	**2**	**Valor Total del Contrato:**	$ 24.634.997
Valor Bruto Pago:	**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 15.160.003

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	**$ 2.512.499**	**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		----------	**9501348204**
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		$ 390.922	
Dependientes hasta		$ 473.750	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 20.687.730	$ 831.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 831.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.512.499,00	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

apoyará el desarrollo de la formación profesional integral con calidad, oportunidad y eficiencia en los programas de
Apoyar la preparación, desarrollo y evaluación de los procesos de aprendizaje en cualquiera de las estrategias de respuesta instit
Gestionar oportunamente en el sistema Sofía Plus, todas las actividades relacionadas con el proceso de Formación Profesional Integ
Verificar el correcto registro de datos de los aprendices en el aplicativo SOFIA PLUS e informar las novedades por escrito a la Coo
Informar a la coordinación de Administración Educativa mediante correo electrónico las novedades que se generen de la verificación
Gestionar registro fotográfico e información básica de todos los aprendices de las fichas asignadas a la Coordinación de Administra
Dar cumplimiento al instructivo de política de protección de datos personales según Acuerdo 009 de 2016 del SENA, con base en la Le
Asistir y participar en las reuniones programadas por las coordinaciones, comités de evaluación y seguimiento de los aprendices cua
Apoyar la participación en la programación y ejecución del proceso de inducción de los

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 C Muñoz C.

SANDRA CRISTINA MUÑOZ CASTILLO
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 RAFAEL ALBERTO NARANJO NOSSA
Fecha: 2026.03.12 09:42:01 -05'00'

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)

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 37123131		MUÑOZ CASTILLO SANDRA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Agualongo	PASTO-NARIÑO	3186388275	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	133360533	9501348204	I	2026/03/09	2026/03/12	BANCOLOMBIA	3	$551,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	37123131	MUÑOZ SANDRA	25-14	30	$1,894,999	$303,200	EPS005	30	$1,894,999	$236,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,894,999	$9,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,894,999**	**$303,200**			**$1,894,999**	**$236,900**			**$0**	**$0**			**$1,894,999**	**$9,900**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$303,200	$600	$0	$303,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$303,200	$600	$0	$303,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,900	$100	$0	$10,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,900	$100	$0	$10,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$236,900	$500	$0	$237,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$236,900	$500	$0	$237,400
TOTAL				**1**	**$550,000**	**$1,200**	**$0**	**$551,200**

NIT. 816.003.024-0
Dirección: Carrera 10 # 19-52, Local 18, Edificio Diario Del Otún
Tel: (6)321 1606 - (6)345 1190 - Celular: 320 726 9333
Correo: informacion@previsionocupacional.com
www.previsionocupacional.com
Pereira, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 135.817

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	01 MES	2026 AÑO	PEREIRA (RISARALDA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR BÁSICO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES	SANDRA CRISTINA MUÑOZ CASTILLO

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
MUÑOZ CASTILLO SANDRA CRISTINA	FEMENINO	45 AÑOS 4 MESES 11 DÍAS	CC (Tipo)	37123131 (Número)

Cargo: **INDEPENDIENTE**

EPS	AFP	ARL
SANITAS	COLPENSIONES	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO/ SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

GLICEMIA EN AYUNAS	✓	VISIOMETRÍA	✓
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	VALORACION PSICOLÓGICA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
	CAPACITACIÓN : CAPACITACIONES PROPIAS DE LA LABOR, EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y EN AUTOCUIDADO DE LA SALUD.	
	OTROS : PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS CON ENFASIS EN MIEMBROS SUPERIORES SEGUN PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.	

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

Javier Darío Carmona G.
Médico Especialista en SST
Lic. de Caldas-R.U Area Andina
RM-18599-LPSST 1747-17

Firma:

Nombre: CC: 18599294 - JAVIER DARIO CARMONA

R. M.: 00571 **L.S.O.:** 1747-17

Código de Seguridad
I133O1U135817

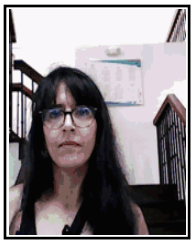
Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MUÑOZ CASTILLO SANDRA CRISTINA

CC: 37123131

NIT. 816.003.024-0
Dirección: Carrera 10 # 19-52, Local 18, Edificio Diario Del Otún
Tel: (6)321 1606 - (6)345 1190 - Celular: 320 726 9333
Correo: informacion@previsionocupacional.com
www.previsionocupacional.com
Pereira, Colombia



EXAMEN DE VISIOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 78,555

Fecha: 08/01/2026 **Municipio:** PEREIRA (RISARALDA, COLOMBIA) **CC:** 37123131 **Nombre:** MUÑOZ CASTILLO SANDRA CRISTINA
Sexo: FEMENINO **Ocupación:** INDEPENDIENTE **Empresa:** SANDRA CRISTINA MUÑOZ CASTILLO
Tipo Evaluación Medica: EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR BÁSICO **F. Último Examen:** NO RECUER
Lugar del Último Examen: PARTICULAR **Motivo Consulta:** INGRESO
Fecha de Nacimiento: 28/08/1980 **Edad:** 45 AÑOS 4 MESES 11 DÍAS **Estado Civil:** SOLTERO(A) **Teléfono:** 3186388275
Dirección: CRRA 18 48-38 **Municipio de Residencia:** PEREIRA (RISARALDA, COLOMBIA)
Tipo de Vinculación: Contributivo **Eps:** SANITAS

DATOS PERSONALES

Nombre del Responsable: NO REPORTA **Parentesco:** NO REPORTA **Teléfono:** NO REPORTA
Nombre del Acompañante: LUPE CASTILLO **Parentesco:** MADRE **Teléfono:** 3168715232

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	PERMANENTE
TRAE RX	SI
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	NO RECUERDA
USA ANTEOJOS	SI USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

REFIERE DISMINUCION DE VL

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/20-	20/20	N/A	-0.75-0.25*110	20/20	-
O.I:	NO APLICA	20/ 20-	20/20	N/A	-0.75-0.25*100	20/ 20	-
A.O:	NO APLICA	20/ 20-	20/20	N/A	NO APLICA	20/20	-

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **PTERIGIO NASAL G2, RESTO NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **PTERIGIO NASAL G2, RESTO NORMAL**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**

VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **K´ = NA**

OJO DERECHO: **K´ = NA**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO	NA
OJO IZQUIERDO	NA

RX FINAL

OJO IZQUIERDO

OJO DERECHO

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H521	MIOPIA	AMBOS	Enfermedad general	PRINCIPAL
H522	ASTIGMATISMO	AMBOS	Enfermedad general	RELACIONADO 1
H110	PTERIGION	AMBOS	Enfermedad general	RELACIONADO 2

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA OCASIONAL

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

OPTOMETRA

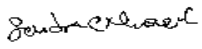


Firma:

Nombre: CC: 1088285355 - JENNIFER LOPEZ

R. M.: 2766 CTNPO LPSST 1 **L.S.O.:** LPSST 1242-16

PACIENTE



Firma:

Nombre: MUÑOZ CASTILLO SANDRA CRISTINA

CC: 37123131

NIT. 816.003.024-0
Dirección: Carrera 10 # 19-52, Local 18, Edificio Diario Del Otún
Tel: (6)321 1606 - (6)345 1190 - Celular: 320 726 9333
Correo: informacion@previsionocupacional.com
www.previsionocupacional.com
Pereira, Colombia



RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Lugar del Examen: PEREIRA (RISARALDA, COLOMBIA) **Fecha:** 08/01/2026

CC: 37123131 **Nombre:** MUÑOZ CASTILLO SANDRA CRISTINA **Fecha de Nacimiento:** 28/08/1980 **Edad:** 45 AÑOS 4 MESES 11 DÍAS

Genero: FEMENINO **Estado Civil:** SOLTERO(A) **Dirección:** CRRA 18 48-38 **Teléfono:** **Celular:** 3186388275

Nombre de la Empresa: PARTICULARES **Empresa en Misión:** SANDRA CRISTINA MUÑOZ CASTILLO

Nombre del Acudiente: **Teléfono del Acudiente:** **Parentesco:**

RESULTADO DE GLICEMIA EN AYUNAS

EXAMEN	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
GLICEMIA	90 mg/dL	70-110 mg/dL

Bacteriólogo

Firma:

Nombre: VILLARREAL GONZALEZ MONICA MILENA
RM: 326-92

Paciente

Firma:

Nombre: MUÑOZ CASTILLO SANDRA CRISTINA
CC: 37123131

INFORME PSICOLÓGICO

Nombre: **MUÑOZ CASTILLO SANDRA CRISTINA**
Edad: **45** AÑOS
Empresa: **MUÑOZ CASTILLO SANDRA CRISTINA**
N° Identidad: 37123131
Fecha: 08- ENERO -2026

MOTIVO DE CONSULTA

Se realiza evaluación psicológica como parte del proceso de exámenes de ingreso, para trabajo de INSTRUCTORA de la empresa el SENA a través de consulta psicológica y aplicación de pruebas psicotécnicas.

RESUMEN

La señora Sandra durante la entrevista se mostró como una persona, amable, proyectando compromiso y seguridad, cuenta mayor experiencia en el cargo de docente. Posee un núcleo familiar estable, teniendo buena relación, y comunicación, no manifiesta antecedentes ni familiares ni personales de enfermedad mental, se describe como una persona disciplinada, perseverante, y honesta. Dentro de la prueba de depresión de ZUNG no evidencia rasgos característicos de esta enfermedad, lo que evidencia comportamientos asertivos ante situaciones que le impliquen afrontamiento de problemas o situaciones en donde se vea comprometido su entorno emocional.

Dentro de sus rasgos de personalidad se proyecta como una persona centrada, se evidencia una persona con una gestión adecuada de sus emociones de manera general. Es una persona afectiva a la hora de relacionarse con los demás. Existe un balance entre su mundo interior y lo que manifiesta a sus seres queridos.

No se evidencia problemas personales que dificulten su desempeño, en su proyecto de vida refleja orientación por el crecimiento, evidencia dinamismo y tendencia a la actividad, se nota proactivo y propositivo, se fija una meta y trabaja arduamente para conseguirla.

En su estilo de raciocinio deja ver una fuerte tendencia a la integración y da muestras de equilibrio y coherencia.

Maneja un equilibrio adecuado frente a la autoridad, puede llegar a ser algo critica frente a la norma, pero se ajusta a ella. Su proyecto de vida va dirigido al desarrollo personal.

CONCEPTO

La paciente no presenta problemas que puedan ocupar de manera importante su mente, no evidencian trastornos de personalidad que puedan poner en riesgo su desempeño y su vida.

JENNY ALEXANDRA RICO MARÍN
Psicóloga – Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo
Lic. 1381-18

FONDO NACIONAL DEL AHORRO S.A.
PROYECCIÓN DE LA OBLIGACIÓN

Nombre	SANDRA CRISTINA MUï¿½OZ CASTILLO	Crédito No:	3712313105
Dirección:	CR 140BBIS # 137 58	Zona postal:	
Ciudad:	BOGOTA D.C.		

SISTEMA DE AMORTIZACIÓN: **CUOTA FIJA EN PESOS**

Cuotas o Cánones Totales	Cuota o Canon Actual	Cuotas o Cánones Pendientes	Cuotas o Cánones en Mora	Cotizacion UVR a la fecha de proyección	Fecha corte proyección	Gradiente
240	11	229	0	1.0000	12/22/2025	0.00
Tasa de Interés	**Tasa de Interés de Mora**	**Saldo Opción Compra UVR**	**Saldo Opción Compra Pesos**	**Saldo base capital en Pesos**	**Saldo base capital en UVR**	**Saldo Capital Total**
12.5000	18.7500	0.0000	0.00	111,723,591.19	0.0000	111,723,591.19

PROYECCIÓN

	Proyección en unidades - UVR						Proyeccion en pesos								
Fecha	Valor Cuota	Abono Capital	Abono Opción de Compra	Interés Corriente	Cobertura F.R.E.C.H.	Saldo Esperado	Valor Cuota	Abono Capital	Abono Opción de Compra	Interés Corriente	Cobertura F.R.E.C.H.	Saldo Esperado	Seguros	Otras Cuentas por Cobrar	Cuentas por Cobrar Alivios
2026/02/15	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	1,231,355.02	130,636.34	0.00	1,100,718.68	0.00	111,594,230.81	92,478.05	0.00	0.00
2026/03/15	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	1,231,355.02	131,924.88	0.00	1,099,430.14	0.00	111,463,594.48	92,478.05	0.00	0.00
2026/04/15	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	1,231,355.02	133,226.13	0.00	1,098,128.89	0.00	111,331,669.59	92,478.05	0.00	0.00
2026/05/15	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	1,231,355.02	134,540.22	0.00	1,096,814.80	0.00	111,198,443.47	92,478.05	0.00	0.00
2026/06/15	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	1,231,355.02	135,867.26	0.00	1,095,487.76	0.00	111,063,903.25	92,478.05	0.00	0.00
2026/07/15	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	1,231,355.02	137,207.40	0.00	1,094,147.62	0.00	110,928,035.98	92,478.05	0.00	0.00
2026/08/15	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	1,231,355.02	138,560.76	0.00	1,092,794.26	0.00	110,790,828.59	92,478.05	0.00	0.00
2026/09/15	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	1,231,355.02	139,927.46	0.00	1,091,427.56	0.00	110,652,267.83	92,478.05	0.00	0.00
2026/10/15	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	1,231,355.02	141,307.65	0.00	1,090,047.37	0.00	110,512,340.37	92,478.05	0.00	0.00
2026/11/15	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	1,231,355.02	142,701.45	0.00	1,088,653.57	0.00	110,371,032.72	92,478.05	0.00	0.00
2026/12/15	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	1,231,355.02	144,109.00	0.00	1,087,246.02	0.00	110,228,331.27	92,478.05	0.00	0.00
2027/01/15	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	1,231,355.02	145,530.43	0.00	1,085,824.59	0.00	110,084,222.27	92,478.05	0.00	0.00

Notas Importantes.

ATENDIENDO LOS REQUERIMIENTOS LEGALES DEL ART. 20 DE LA LEY DE VIVIENDA (546 DE DIC./1.999) PRESENTAMOS LA PROYECCION ESTIMADA DEL COMPORTAMIENTO DE SUS CUOTAS ASI COMO EL SALDO DE CAPITAL DE SU OBLIGACION DURANTE EL PRESENTE AÑO.

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 20 de Febrero de 2026
Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

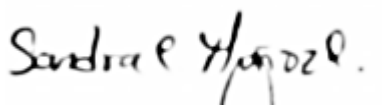
Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	1.087.789.085	SEBASTIÁN FERNANDO ESTUPIÑÁN MUÑOZ	HIJO

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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,



_____
FIRMA
Nombre: SANDRA CRISTINA MUÑOZ CASTILLO
C.C. 37.123.131