

SENA

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)

CENTRO INDUSTRIAL Y DESARROLLO DE SOACHA-CUNDINAMARCA  
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional  
Código Centro  
Fecha Elaboración  
Versión  
ID de Proceso

25  
923210  
Noviembre de 2025  
ENERO - 2.25  
66975-657105

Datos del Contratista

|                      |                               |                                                 |                   |
|----------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------|
| Nombres y apellidos: | KAREN JENIFFER OCHOA CARDENAS | Banco a consignar:                              | BANCO CAJA SOCIAL |
| Cédula de Ciudadanía | 1.024.511.303                 | Tipo de cuenta:                                 | AHORROS           |
| Correo electrónico:  | kochoa@sena.edu.co            | Número de Cuenta:                               | 24064780661       |
| IP/Nº de contacto:   |                               | Presta Servicios Excluidos de IVA:              | NO                |
| Inducción SST:       | SI                            | Pertenece al régimen simple de tributación:     | NO                |
| Régimen del IVA:     | NO RESPONSABLE                | Es declarante de renta por el año gravable 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 SI

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:                                           | 8263235/2025                                                                                                                                                                                                                                            | Nº Compromiso SIIF | 193825 | Número de pagos durante la vigencia del contrato | 4 |
| OBJETO CONTRACTUAL:<br>(Descripción del servicio prestado) | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL Y CON PLENA AUTONOMÍA COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN TITULADA CON EL PROPÓSITO DE ATENDER LAS NECESIDADES DE FORMACIÓN REGULAR PARA LOS PROGRAMAS OFERTADOS POR EL CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO |                    |        |                                                  |   |

Datos Periodo del Pago

|                   |            |                 |            |                              |               |
|-------------------|------------|-----------------|------------|------------------------------|---------------|
| Del               | 01/11/2025 | Hasta           | 30/11/2025 | Saldo Anterior del Contrato: | \$ 7.205.901  |
| Número de pago    | 3          |                 |            | Valor Total del Contrato:    | \$ 16.404.923 |
| Valor Bruto Pago: |            | \$ 4.599.511,00 |            | Nuevo Saldo del Contrato:    | \$ 2.606.390  |

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           | \$ 2.704.460 | TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO     | \$ 0  |

Liquidación de Pago a Seguridad Social y Liquidación del Neto a Pagar

|                                                                                | Noviembre    | Octubre      |                                               |                |        |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|-----------------------------------------------|----------------|--------|
| Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS                                    | -----        | 91429111     | Base retención en la fuente a título de RENTA | 2.704.460,00   | TARIFA |
| Ingreso Base de Cotización - IBC                                               | \$ 1.839.804 | \$ 1.839.804 | Base retención en la fuente a titulo de ICA   | 4.075.111,00   |        |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                                    | \$ 230.000   | \$ 230.000   | Valor base IVA                                | 0,00           |        |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                                  | \$ 294.400   | \$ 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 I                                                                          | \$ 9.700     | \$ 9.700     | Menos Retencion IVA                           | 0,00           | 15%    |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes                  | \$ -         | -            | Reteica - 8299 - SOACHA                       | 24.451,00      | 0,600% |
| 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                                                 | \$ -         | -            | Otras Retenciones                             | 0,00           | 0,000% |
| Dependientes hasta                                                             | \$ 459.951   | -            | Otras Retenciones                             | 0,00           | 0,000% |
| Salud hasta                                                                    | \$ 796.784   | \$ -         | Otras Retenciones                             | 0,00           | 0,000% |
| Renta Exenta 25%                                                               | \$13.113.736 | \$ 901.000   |                                               | 0,00           |        |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | \$ 1.802.000 |              | Descuentos de embargo (Si tiene)              | 0,00           |        |
| Retención en la Fuente Contingente                                             | \$           |              | VALOR A PAGAR                                 | \$4.575.060,00 |        |

Son: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL SESENTA PESOS MICTE

Actividades Desarrolladas Durante el Periodo Objeto de Pago

|                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| GARANTIZAR LA FORMACION INTEGRAL FICHA 3312833: CONTABILIZACION DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS: 71.80 HORAS |
| GARANTIZAR LA FORMACION INTEGRAL FICHA 3141866: GESTION CONTABLE Y DE INFORMACION FINANCIERA: 24 HORAS                |
| GARANTIZAR LA FORMACION INTEGRAL FICHA 3202667: GESTION CONTABLE Y DE INFORMACION FINANCIERA: 47.80 HORAS             |
| ALISTAMIENTO: 10 HORAS                                                                                                |

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

Karen Jeniffer Ochoa Cardenas  
El Contratista

Certificación 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,

Alba Consuelo Casas Fonseca  
Instructor G08

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  
ARGEMIRO CELIS CASTRO  
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                          |                 |           |     |
|----------------------|----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |     |
|                      |                                  |               |                          |                 | EMPLEADOS | UPC |
|                      |                                  |               |                          |                 | 1         | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                | TOTAL A PAGAR |                          |                 |           |     |
| 2025-10              | 2025-10                          | I             | 12/11/2025               | 91429111        | \$536.600 |     |

### 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     | 7         | 1.100                 | 0              | 231.100       | 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                         | 7         | 1.300                 | 0              | 295.700       | 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                 | 7         | 100                   | 9.800               |                            |                     | 97                | 9.800         | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 7         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 7         | 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                             | 231.100       |
| Pensión                | 1                              | 294.400                             | 295.700       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 9.700                               | 9.800         |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 3                              | 534.100                             | 536.600       |

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                               |        |                    |                    |                             |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------------------|--------|--------------------|--------------------|-----------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN          | TELÉFONO           | CORREO                      |
| CC                                  | 1024511303        | KAREN JENIFFER OCHOA CARDENAS |        | calle 33 # 37 - 41 | 7129183            | jeniffer8a_0210@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN                  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL               | CÓDIGO | DEPARTAMENTO       | CIUDAD / MUNICIPIO |                             |
| ÚNICA                               | I – Independiente |                               |        | CUNDINAMARCA       | SOACHA             |                             |
| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                   |                               |        |                    |                    | NO                          |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |           |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC       |
| 2025-10              | 2025-10                           | I             | 12/11/2025               | 91429111        | \$536.600 |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                               |           |         |           |                   |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |     |         |     |     |     |     |       |           |         |            |                      |                      |                                |                                 |           |         |                        |           |              |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|-------------------------------|-----------|---------|-----------|-------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-------|-----------|---------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------|---------|------------------------|-----------|--------------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                               |           |         |           |                   |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |      |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |       |           |         | SALUD      |                      |                      | RIESGOS LABORALES              |                                 |           | CCF     |                        |           | PARAFISCALES |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres           | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Columna exonerada | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | IOE | IVA | IVA     | IVA | IVA | IVA | IVA | IVA   | Cód. AFP  | IBC AFP | Cotización | Voluntari o 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   | 1024511303            | OCHOA CARDENAS KAREN JENIFFER | 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           |            |

PAGADA



## FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

, 1 de Setiembre 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:

|    |            |                             |         |
|----|------------|-----------------------------|---------|
| TI | 1025070201 | NYAH ISABELLA LONDOÑO OCHOA | 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,

---

KAREN JENIFFER OCHOA CARDENAS  
C.C. 1024511303

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1025070201

REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO

Indicativo  
Serial 50215147

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaria ☒ Número 9 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 1009

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido LONDOÑO Segundo Apellido OCHOA

Nombre(s) NYAH ISABELLA

Fecha de nacimiento Año 2012 Mes OCT Día 02 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 11677508-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos OCHOA CARDENAS KAREN JENIFFER

Documento de Identificación (Clase y número) Cédula de ciudadanía 1.024.511.303 Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos LONDOÑO VARGAS DANIEL FELIPE

Documento de Identificación (Clase y número) Cédula de ciudadanía 1.024.519.245 Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos LONDOÑO VARGAS DANIEL FELIPE

Documento de Identificación (Clase y número) Cédula de ciudadanía 1.024.519.245 Firma Daniel F. Londoño V.

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 2012 Mes OCT Día 03 Nombre y firma del funcionario que autoriza CLAUDIA LUCIA ROJAS BERNAL Notaria Encargada

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

A.M. RODRIGUEZ  
CC. 1052.440.024