



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 CAUCA

CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL CAUCA

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

| | |
|-------------------|-------------------|
| Código Regional | 19 |
| Código Centro | 930710 |
| Fecha Elaboración | Noviembre de 2025 |
| Versión | ENERO - 2.25 |
| ID de Proceso | 82355-335650 |

DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|--|-----------------------------|---|-------------|
| Nombres y apellidos: | KAREN DAYANA NAVIA ESPINOSA | Banco a consignar: | BANCOLOMBIA |
| Cédula de Ciudadanía | 1.085.663.210 | Tipo de cuenta: | AHORROS |
| Correo electrónico: | knavia@sena.edu.co | Número de Cuenta: | 86866405281 |
| IP/Nº 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 | NO |
| ¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión? | | | NO |
| Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000 | | | NO |
| Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a \$164.336.700 (debe registrarse como responsable del IVA) | | | NO |
| ¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente? | | | NO |
| Concepto del pago corresponde a: | | | Ninguno |
| TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. | | | 0,00% |

DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|--|--|--------------------|--------|--|---|
| Nº del contrato: | 8526036/2025 | Nº Compromiso SIIF | 548425 | Número de pagos durante la vigencia del contrato | 2 |
| OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado) | PSP DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA IMPARTIENDO FPI PRESENCIAL Y/O A DISTANCIA EN EL PROYECTO LA COORDINACIÓN ACADÉMICA TITULADA DEL CCYS RED: ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA | | | | |

DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|-------------------|------------|----|-----------------|------------------------------|--------------|
| Del | 07/11/2025 | Al | 30/11/2025 | Saldo Anterior del Contrato: | \$ 7.512.535 |
| Número de pago | 1 | | | Valor Total del Contrato: | \$ 7.512.535 |
| Valor Bruto Pago: | | | \$ 4.599.511,00 | Nuevo Saldo del Contrato: | \$ 2.913.024 |

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|--|---------------------|---------------------------------------|-------------|
| Ingresos por honorarios | \$ 4.599.511 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | \$ 0 | Retención 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 RETENCIÓN EN LA FUENTE | \$ 3.049.411 | 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 | ----- | 35452597 | Base retención en la fuente a título de RENTA | 3.049.411,00 | TARIFA |
| Ingreso Base de Cotización - IBC | \$ 1.839.804 | \$ 0 | Base retención en la fuente a título de ICA | 4.599.511,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | \$ 230.000 | \$ 0 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | \$ 294.400 | \$ 0 | 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 | \$ 9.700 | \$ 0 | Menos Retención IVA | 0,00 | 15% |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ - | | Reteica - 8551 - POPAYAN | 9.199,00 | 0,200% |
| 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 | \$ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta | \$ 796.784 | \$ - | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Renta Exenta 25% | \$ 6.556.868 | \$ 1.016.000 | | 0,00 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | \$ 0 | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | \$ | | VALOR A PAGAR | \$4.590.312,00 | |

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA MIL TRESCIENTOS DOCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Fomentar un clima de aula positivo y respetuoso, que facilite el aprendizaje y la participación de todos los aprendices, fortaleciendo Ejecutar el objeto y alcance del contrato, de acuerdo con el aval de la programación del Coordinador(a) Académico(a), asegurando el cumplimiento Promover la autoformación en los aprendices a través de actividades académicas complementarias que fortalezcan tanto sus competencias Emitir los juicios evaluativos (Criterios de evaluación) de los aprendices pertenecientes a las fichas en las que se encuentre asociado Garantizar el pago oportuno de la seguridad social (salud, pensión y riesgos laborales) dentro de los primeros diez (10) días de cada Garantizar la seguridad de la información en los ambientes de trabajo y formativos, especialmente en los entornos institucionales del Respetar a todos los miembros de la comunidad educativa, promoviendo un ambiente de respeto mutuo y colaboración durante el desarrollo Fomentar un ambiente de respeto mutuo entre todos los miembros de la comunidad educativa durante las actividades de formación para el

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumpli 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 DAYANA NAVIA ESPINOSA
EL CONTRATISTA**

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo 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,

**DIEGO EDUARDO ERAZO GUERRERO
INSTRUCTOR**

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
HENRY ARMANDO MORALES FERNANDEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

| | |
|------------------------------|-----------------------------|
| RAZÓN SOCIAL : | KAREN DAYANA NAVIA ESPINOSA |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-1085663210 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE: | 2025-11-24 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2025-12-03 |
| FECHA DE PAGO: | 2025-11-24 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCOLOMBIA |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2025-11 |
| PERÍODO SALUD: | 2025-11 |
| NÚMERO PLANILLA: | 35452597 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 35452597 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|----------------|-----------|----------|------------------|--------------|-------------------|--------------------|-----------------|---------------------------|-------------|
| EPS005 | 800251440 | SANITAS | 1 | \$ 1.839.804 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 230.000 | \$ 230.000 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | \$ 1.839.804 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 294.400 | \$ 294.400 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | \$ 1.839.804 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 9.700 | \$ 9.700 |
| CCF14 | 891500182 | COMFAUCA | 1 | \$ 1.839.804 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 36.800 | \$ 36.800 |
| Total a pagar | | | | | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 570.900 | \$ 570.900 |

PAGADO

| | |
|----------------------------------|------------|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 03/01/2026 |
|----------------------------------|------------|



Comprobante en línea

24 Nov 2025 07:07:42

Pago PSE



Pago exitoso

CUS 1950591974

Comercio
ASOPAGOS

Referencia 1
10.10.11.80

Fecha
24 Nov 2025 07:07:42

Referencia 2
CC

Número de factura
35452597

Referencia 3
1085663210

Descripción del pago
Pago de seguridad Social Integrado

Valor del Pago
\$570.900

Número de comprobante
TR0706291974

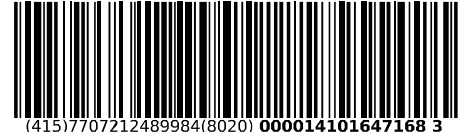
Costo de la transacción
\$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 5281**

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

141016471683



(415)7707212489984(8020) 0000141016471683 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 8 5 6 6 3 2 1 0

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Popayán

14. Buzón electrónico

1 7

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 8 5 6 6 3 2 1 0

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Nariño

5 2

30. Ciudad/Municipio

San Pablo

6 9 3

31. Primer apellido

NAVIA

32. Segundo apellido

ESPINOSA

33. Primer nombre

KAREN

34. Otros nombres

DAYANA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Cauca

1 9

40. Ciudad/Municipio

Popayán

0 0 1

41. Dirección principal

CL 8 A 20 A 27

42. Correo electrónico

naviaespinosak@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 6 2 7 5 4 2 6 0

45. Teléfono 2

3 1 4 6 8 7 9 3 4 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 5 5 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 4 0 1 2 5

Actividad secundaria

48. Código

8 2 9 9

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 4 0 9 1 5

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 53. Código | 2 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

| | | | | | | | | | | |
|------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 54. Código | | | | | | | | | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | | |

Exportadores

| | | | | | |
|-----------|----------|----------|---|---|---|
| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI NO

60. No. de Folios:

0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

Karen Dayana Navia
Espinosa

984. Nombre NAVIA ESPINOSA KAREN DAYANA

985. Cargo CONTRIBUYENTE



Hace constar:

Que el Sr(a) KAREN DAYANA NAVIA ESPINOSA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1085663210 realizó el día 16/11/2025 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo KAREN DAYANA NAVIA ESPINOSA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1085663210 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Karen Dayana Navia Espinosa, identificado(a) con CC número 1085663210, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1085663210 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Karen Dayana Navia Espinosa |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 03/06/1996 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 01/07/2018 |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | 128 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | 51 semanas |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 01/07/2018 |
| NIVEL SISBEN | 1 |
| EMPLEADOR(ES)* | |

CEDULA DE CIUDADANIA 1085663210 KAREN DAYANA NAVIA
ESPINOSA Desde 01/02/2024 - Vigente



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

KAREN DAYANA NAVIA ESPINOSA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.085.663.210**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Octubre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) KAREN DAYANA NAVIA ESPINOSA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1085663210 el día 16/11/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA



CERTIFICACION CUMPLIMIENTO CIRCULAR NO 01-03-2025- 0000017

Certifico que el señor (a) contratista **NAVIA ESPINOSA KAREN DAYANA** identificación cedula de ciudadanía No **1085663210** cumple con los documentos del siguiente perfil

| CIUU | Área del contratista | Labor | Exámenes preempleo | Énfasis | Vacunación obligatoria hepatitis B |
|-------------|-----------------------------|--------------|---------------------------------------|-----------------------------------|---|
| 3331201 | Instructor | Contratista | Optometría Audiometría Glicemia | Psicosocial Musculoesquelético | Si () No (X) |

Documentos solicitados en la circular 01-03-2025- 0000017: “Exámenes Preocupacionales para Contratos de Prestación de Servicios Personales emitido por la secretaria general”. Este soporte debe ser entregado con la facturación inicial en cumplimiento del artículo 2.2.4.2.2.18.3 del Decreto 1072 de 2015.

VICTORIA EUGENIA SALAZAR MEDINA

Médico Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo
Universidad del Cauca
Registro 12510-10-2018

Se firma en Popayán el 18 de febrero de 2025