



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 CUNDINAMARCA

CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL-CUNDINAMARCA

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

Código Regional	25
Código Centro	951310
Fecha Elaboración	Diciembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	70669-976732

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	KATERIN PAOLA OLIVELLA MORALES	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.065.619.796	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	katerinn_25@hotmail.com	Número de Cuenta:	0550488431118147
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	NO
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?			
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000			
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)			
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?			
Concepto del pago corresponde a:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

**DATOS DEL CONTRATO**

Nº del contrato:	8692759/2025	Nº Compromiso SIIF	666725	Número de pagos durante la vigencia del contrato	1
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES ORIENTADOS A LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS DE LA OFERTA ACADÉMICA DEL CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL DE LA REGIONAL CUNDINAMARCA, ABARCANDO LOS 27 MUNICIPIOS DE SU				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	10/12/2025	Al	19/12/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 1.533.170
Número de pago	1			Valor Total del Contrato:	\$ 1.533.170
Valor Bruto Pago:	\$ 1.533.170,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 0

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Ingresos por honorarios	\$ 1.533.170	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 1.533.170</b>	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 730.053</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Diciembre	Noviembre	Base retención en la fuente a título de RENTA	730.053,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	4629310017	Base retención en la fuente a título de ICA	1.127.370,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.423.500	\$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 178.000	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 227.800	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
ARL	\$ -	\$ 0	Reteica - 8299 - CHIA	9.019,00	0,800%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-		0,00	0%
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	\$ 153.317	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 3.278.434	\$ 244.000		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	\$ -	-	<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$1.524.151,00</b>	

**SON: UN MILLÓN QUINIENTOS VEINTICUATRO MIL CIENTO CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**


Se impartió formación - ficha: 33371281 técnico en perforación y voladura
Se aplicó Decersión
Certificado - norma de competencia "ORIENTAR FORMACIÓN PRESENCIAL DE ACUERDO CON PROCEDIMIENTO TÉCNICO Y NORMATIVO"
Certificación del curso de la prevención y salvamento
certificación curso primeros Auxilios
Certificación curso de seguridad básica en minas bajo tierra

**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

  
**KATERIN PAOLA OLIVELLA MORALES**  
 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,  
  
**ELKIN RAMIRO PRIETO AGUILAR**  
 INSTRUCTOR G20

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**  
**JAVIER RICARDO JIMENEZ RINCON**  
 SUBDIRECTOR DE CENTRO G02





CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) KATERIN PAOLA OLIVELLA MORALES identificado(a) con CC 1065619796 se encuentra afiliado a la EPS.

**Fecha de Activación de Servicios:** 09/06/2022

**Estado de la Afiliación:** Vigente

**IPS:** UNIDAD MEDICA ORLUZ SAS - SEDE NUEVA EPS

**Categoría:** A

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 29 días del mes 11 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



**Gerencia de Afiliaciones**

**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:**

**KATERIN PAOLA OLIVELLA MORALES**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.065.619.796**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 29 de Noviembre 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.

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

KATERIN PAOLA OLIVELLA MORALES identificado con CC. 1065619796 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
<b>Nombres y/o Razón</b>	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
<b>Tipo y Numero de Documento</b>	NI - 899999034

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
<b>Fecha de inicio de cobertura</b>	2025/02/19	<b>Fecha inicio contrato</b>	2025/02/14
<b>Tipo de vinculación</b>	Independiente con Contrato	<b>Fecha de fin contrato</b>	2025/12/19
<b>Riesgo</b>	5	<b>Código actividad económica</b>	5051001 - EXTRACCION DE HULLA (CARBON DE PIEDRA), INCLUYE LA EXTRACCION DE DIVERSOS TIPOS DE HULLA:
<b>Estado afiliación</b>	Activo	<b>Estado del contrato</b>	Activo
<b>Fecha retiro</b>			

Esta certificación se expide a los 12 días del mes de diciembre del 2025.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co) para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC12122025K1065619796O1204327**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS**

**Positiva Compañía de Seguros S.A.:**

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

**Defensor del Consumidor Financiero:** Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | [defensordelcliente@positiva.gov.co](mailto:defensordelcliente@positiva.gov.co) | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

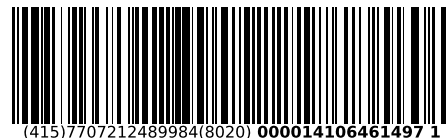
Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>  
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA  
DE TODOS LOS  
COLOMBIANOS

2. Concepto  0  1 Inscripción

4. Número de formulario

141064614971



(415)7707212489984(8020) 000014106461497 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 6 5 6 1 9 7 9 6

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Valledupar

14. Buzón electrónico

2 4

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

1 0 6 5 6 1 9 7 9 6

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Cesar

2 0

30. Ciudad/Municipio

Valledupar

0 0 1

31. Primer apellido

OLIVELLA

32. Segundo apellido

MORALES

33. Primer nombre

KATERIN

34. Otros nombres

PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Cesar

2 0

40. Ciudad/Municipio

Valledupar

0 0 1

41. Dirección principal

CL 64 25 37 BRR RINCON DE ZIRUMA

42. Correo electrónico

katerinn\_25@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 1 7 7 6 4 2 2 9

45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Ocupación

## Actividad principal

46. Código 47. Fecha inicio actividad

8 5 4 2 | 2 0 2 4 0 7 2 2

## Actividad secundaria

48. Código 49. Fecha inicio actividad

## Otras actividades

50. Código 1 2

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

## Exportadores

54. Código

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
11 12 13 14 15 16 17 18 19 2055. 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:

2

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:

984. Nombre OÑATE PEREZ LUZ MARINA

985. Cargo Analista III



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

Agencia Pública  
**DE EMPLEO**

### Hace constar:

Que el Sr(a) KATERIN PAOLA OLIVELLA MORALES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1065619796 el día 12/12/2025 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



### Hace constar:

Que el Sr(a) KATERIN PAOLA OLIVELLA MORALES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1065619796 realizó el día 12/12/2025 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 KATERIN PAOLA OLIVELLA MORALES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1065619796 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 -



Verificados los resultados del participante en el curso virtual  
**Función Pública certifica que:**

**katerin paola olivella morales**

C.C 1.065.619.796

Participó y completó el curso virtual:

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 18 de febrero 2025

**Aura Isabel Mora**

Código: 765828061000

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano