



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 | 71050-679833 |

DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|--|-----------------------------|---|-------------|
| Nombres y apellidos: | KETTYS JOANNA RIVERO BOLAÑO | Banco a consignar: | BANCOLOMBIA |
| Cédula de Ciudadanía | 1.065.634.353 | Tipo de cuenta: | AHORROS |
| Correo electrónico: | kjrivero@sena.edu.co | Número de Cuenta: | 33200042161 |
| IP/Nº de contacto: | 0 | 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? | | | |
| 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: | 8692777/2025 | Nº Compromiso SIIF | 666925 | 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 ÁREA DE | | | | |

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 | | |
| TOTAL INGRESOS DEL PERIODO | \$ 1.533.170 | Menos, Retefuente Otros Ingresos | \$ 0 |
| BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE | \$ 845.370 | TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO | \$ 0 |


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

| | Diciembre | Noviembre | Base retención en la fuente a título de RENTA | 845.370,00 | TARIFA |
|--|--------------|------------|---|-----------------------|--------|
| Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS | ----- | 9495334363 | 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 | \$ - | - | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta | \$ 796.784 | \$ - | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Renta Exenta 25% | \$ 3.278.434 | \$ 282.000 | | 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 | \$1.524.151,00 | |


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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | |
|---------------------------------|---|
| Formación profesional integral: | 3173659 – Técnico Labores Subterráneas. |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| | |
|--|---|
| 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 |  KETTYS JOANNA RIVERO BOLAÑO EL CONTRATISTA |

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

| | |
|--|---|
| En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO: | <u>Autorizo</u> el presente pago. El Supervisor, |
| 1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas; |  ELKIN RAMIRO PRIETO AGUILAR INSTRUCTOR G20 |
| 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. | |

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

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|-------------------------------|----|-----------------------------|-----------------|--------------------|------------------------|------------------------|----------|-----------------------|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1065634353 | | RIVERO BOLAÑO KETTYS JOANNA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Carrera 9a nro 1sur 73 | TOCANCIPA-CUNDINAMARCA | 5870304 | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|-------------|-----------|-----------|
| Periodo | | Clave | Tipo | Fecha | | Pago | | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-11 | 2025-11 | 1972335899 | 9495334363 | I | 2025/12/12 | 2025/12/01 | BANCOLOMBIA | 0 | \$524,400 |

| 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 |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | \$1,839,804 | \$294,400 | | | \$1,839,804 | \$230,000 | | | \$0 | \$0 | | | \$0 | \$0 | | \$0 | \$0 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | \$1,839,804 | \$294,400 | | | \$1,839,804 | \$230,000 | | | \$0 | \$0 | | | \$0 | \$0 | | \$0 | \$0 |
| Ciudad: TOCANCIPA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados) | | | | | \$1,839,804 | \$294,400 | | | \$1,839,804 | \$230,000 | | | \$0 | \$0 | | | \$0 | \$0 | | \$0 | \$0 |
| 1 | CC | 1065634353 | RIVERO KETTYS | 230301 | 30 | \$1,839,804 | \$294,400 | EPS005 | 30 | \$1,839,804 | \$230,000 | 0 | \$0 | \$0 | 0 | \$0 | \$0 | 0 | \$0 | \$0 | |
| Total | Afiliados (1) | | | | \$1,839,804 | \$294,400 | | | \$1,839,804 | \$230,000 | | | \$0 | \$0 | | | \$0 | \$0 | | \$0 | \$0 |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|-------------------------------|----|-----------------------------|-----------------|--------------------|------------------------|------------------------|----------|-----------------------|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1065634353 | | RIVERO BOLAÑO KETTYS JOANNA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Carrera 9a nro 1sur 73 | TOCANCIPA-CUNDINAMARCA | 5870304 | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|-------------|-----------|-----------|
| Periodo | | Clave | Tipo | Fecha | | Pago | | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-11 | 2025-11 | 1972335899 | 9495334363 | I | 2025/12/12 | 2025/12/01 | BANCOLOMBIA | 0 | \$524,400 |

| RESUMEN DE PAGO | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|-------------------|----------------|------------------------|------------------|--|
| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR | |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$294,400 | \$0 | \$0 | \$294,400 | |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | \$294,400 | \$0 | \$0 | \$294,400 | |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$230,000 | \$0 | \$0 | \$230,000 | |
| SANTAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | \$230,000 | \$0 | \$0 | \$230,000 | |
| TOTAL | | | | 1 | \$524,400 | \$0 | \$0 | \$524,400 | |

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 Kettys Joanna Rivero Bolaño, identificado(a) con CC número 1065634353, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1065634353 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Kettys Joanna Rivero Bolaño |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 29/10/1991 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 01/01/2020 |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | 6 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | 6 semanas |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 01/08/2020 |
| NIVEL SISBEN | 1 |
| EMPLEADOR(ES)* | |

CEDULA DE CIUDADANIA 1065634353 Trabajador Independiente
Desde 01/09/2025 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA
1065634353 Trabajador Independiente Desde 03/02/2025 Hasta
31/08/2025 CEDULA DE CIUDADANIA 1065634353 Trabajador
Independiente Desde 01/05/2024 Hasta 30/11/2024

**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:

KETTYS JOANNA RIVERO BOLAÑO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.065.634.353**, 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.

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141201120093



(415)7707212489984(8020) 000014120112009 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 6 5 6 3 4 3 5 3

6. DV

3

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

63. Formas asociativas

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados

65. Fondos

66. Cooperativas

67. Sociedades y organismos extranjeros

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

70. Beneficio

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma | Composición del Capital | |
|-----------------------------|-----------------|------------|-------------------------|---------|
| 71. Clase | 0 9 | | 82. Nacional | _____ % |
| 72. Número | _____ | _____ | 83. Nacional público | _____ % |
| 73. Fecha | _____ | _____ | 84. Nacional privado | _____ % |
| 74. Número de notaría | _____ | _____ | 85. Extranjero | _____ % |
| 75. Entidad de registro | 0 3 | | 86. Extranjero público | _____ % |
| 76. Fecha de registro | 2 0 1 1 0 1 1 3 | _____ | 87. Extranjero privado | _____ % |
| 77. No. Matrícula mercantil | 9 8 1 5 4 | _____ | | |
| 78. Departamento | 2 0 | _____ | | |
| 79. Ciudad/Municipio | 3 9 | _____ | | |
| Vigencia | | | | |
| 80. Desde | _____ | _____ | | |
| 81. Hasta | _____ | _____ | | |

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

| Item | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|------|-------------------|----------------------------|---|--------|
| 1 | | <input type="text"/> | | - |
| 2 | | <input type="text"/> | | - |
| 3 | | <input type="text"/> | | - |
| 4 | | <input type="text"/> | | - |
| 5 | | <input type="text"/> | | - |

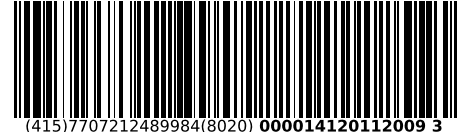
Vinculación económica

| | | | |
|---|--|---|---------|
| 93. Vinculación económica | 94. Nombre del grupo económico y/o empresarial | 95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante | 96. DV. |
| <input type="checkbox"/> | | | |
| 97. Nombre o razón social de la matriz o controlante | | | |
| 170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior | 171. País | 172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP | |
| | | | |
| 173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP | | | |

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141201120093



(415)7707212489984(8020) 000014120112009 3

| | | | |
|---|------------|--|------------------------------|
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 6 5 6 3 4 3 5 3 | 6. DV 3 | 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá | 14. Buzón electrónico 3 2 |
|---|------------|--|------------------------------|

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

| | |
|--|---|
| 160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2 | 161. Actividad económica Comercio al por menor de prendas de vestir y sus accesorios (incluye artícu 4 7 7 1 |
| 162. Nombre del establecimiento KADOSH STILO Y VARIEDAD | |
| 163. Departamento Cesar 2 0 | 164. Ciudad/Municipio Valledupar 0 0 1 |
| 165. Dirección CL 7 B 19 C 27 BRR LA ESPERANZA | |
| 166. Número de matrícula mercantil 9 8 1 5 6 | 167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 1 0 1 1 3 |
| 168. Teléfono 3 0 0 6 3 4 7 8 7 8 | 169. Fecha de cierre |
| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
| 162. Nombre del establecimiento | |
| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
| 165. Dirección | |
| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |
| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
| 162. Nombre del establecimiento: | |
| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
| 165. Dirección | |
| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |



Hace constar:

Que el Sr(a) KETTYS JOANNA RIVERO BOLAÑO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1065634353 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 KETTYS JOANNA RIVERO BOLAÑO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1065634353 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 -



Hace constar:

Que el Sr(a) KETTYS JOANNA RIVERO BOLAÑO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1065634353 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



Función Pública



Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

Kettys Joanna Rivero Bolaño

C.C 1.065.634.353

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 29 de noviembre 2025

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público



Código: 765795772000