



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 SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C

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

Código Regional	11
Código Centro	940510
Fecha Elaboración	Diciembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	50369-195187

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	KATHERINNE CORTES ROJAS	Banco a consignar:	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	52.521.459	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	kcortes@sena.edu.co	Número de Cuenta:	24070590421
IP/Nº de contacto:	12721	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.			
Ninguno 0,00%			

**DATOS DEL CONTRATO**

Nº del contrato:	7482112/2025	Nº Compromiso SIIF	33625	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	Prestación de servicios profesionales de carácter temporal, con autonomía técnica, administrativa, financiera y tecnológica, para dar cumplimiento a los procesos formativos dirigidos a los aprendices en las competencias claves vinculadas a la red de conocimiento de Institucional de				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/12/2025	Al	23/12/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 3.526.291
Número de pago	11			Valor Total del Contrato:	\$ 48.141.538
Valor Bruto Pago:	\$ 3.526.290,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 0

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

Ingresos por honorarios	\$ 3.526.290	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 3.526.290</b>	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
<b>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.070.361</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Diciembre	Noviembre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	91868911	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.070.361,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.423.500	\$ 1.839.804	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.120.490,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 178.000	\$ 230.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 227.800	\$ 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	\$ 7.500	\$ 9.700	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Reteica - 8299 - BOGOTÁ	30.144,00	0,966%
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	\$ 352.629		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 36.062.775	\$ 690.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 8.730.000		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$3.496.146,00</b>	

**SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CIENTO CUARENTA Y SEIS PESOS M/CTE**

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

- Obligación: Durante el periodo en mención se desarrolló un proceso de planeación académica respecto a las fichas asignadas
- Obligación: Registrar los juicios de evaluación de cada uno de los aprendices
- Obligación: Gestionar las actividades vinculadas con el diseño y /o desarrollo curricular de los programas asociados con la línea
- Obligación: Realizar actividades enfocadas a la retención de los aprendices asignados, aplicando la ruta de atención para la preven
- Obligación: Asistir a las reuniones programadas por la coordinación académica y/o subdirección de centro.
- Obligación: Realizar actividades enfocadas a la retención de los aprendices asignados, aplicando la ruta de atención para la preven

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

1. Cumplo 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

**KATHERINNE CORTES ROJAS  
EL CONTRATISTA**

**CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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

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

**OLGA LUCIA RUIZ FLOREZ  
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  
JORGE ORLANDO VALLEJO SUAREZ  
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52521459	KATHERINNE CORTES ROJAS		calle27c sur No 12j-70 sur apto 302	22004590	katherinnecortes587@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						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	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11					\$545.200	

## 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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	230.000	0		0		0	0	0	0	230.000	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	0	0	0	294.400	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	0	0	9.700			97	9.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	11.100	0	0	11.100	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	230.000
Pensión	1	294.400	294.400
Riesgos Laborales	1	9.700	9.700
CCF	1	11.100	11.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>545.200</b>	<b>545.200</b>



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52521459	KATHERINNE CORTES ROJAS		calle27c sur No 12j-70 sur apto 302	22004590	katherinnecortes587@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
<b>EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD</b>						
NO						

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	1	01/12/2025	91869050	\$421.900	

**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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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	227.800	0	0	0	0	0	0	0	227.800	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	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	8.600	0	0	8.600	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	1	8.600	8.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>421.900</b>	<b>421.900</b>



La empresa **KATHERINNE CORTES ROJAS**, identificada con **CC** número **52521459**, aportó por **KATHERINNE CORTES ROJAS** identificado(a) con **CC** número **52521459** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 01 - 2025 y 12 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	I	N	R	E	T	T	T	V	S	S	L	I	G	M	A	V	A	V	C	I	R	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APOORTE	COTIZACIÓN Y/O APOORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59																						0	30	\$1,423,500	0.16000	\$227,800	\$0	\$0	Enero - 2025	83792967	17/02/2025	NO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59																						0	30	\$1,423,500	0.02000	\$28,500	\$0	\$0	Enero - 2025	83792967	17/02/2025	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59																						0	30	\$1,423,500	0.00522	\$7,500	\$0	\$0	Enero - 2025	83792967	17/02/2025	NO
EPS002	Salud Total EPS	59																						0	30	\$1,423,500	0.12500	\$178,000	\$0	\$0	Enero - 2025	83792967	17/02/2025	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59										X												0	30	\$1,423,500	0.16000	\$227,800	\$0	\$0	Febrero - 2025	84876096	10/03/2025	NO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59									X													0	30	\$1,423,500	0.00600	\$8,600	\$0	\$0	Febrero - 2025	84876096	10/03/2025	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59									X													0	30	\$1,423,500	0.00522	\$7,500	\$0	\$0	Febrero - 2025	84876096	10/03/2025	NO
EPS002	Salud Total EPS	59									X													0	30	\$1,423,500	0.12500	\$178,000	\$0	\$0	Febrero - 2025	84876096	10/03/2025	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59									X													0	30	\$1,839,700	0.16000	\$294,400	\$0	\$0	Marzo - 2025	85375484	31/03/2025	NO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59									X													0	30	\$1,423,500	0.00600	\$8,600	\$0	\$0	Marzo - 2025	85375484	31/03/2025	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59									X													0	30	\$1,839,700	0.00522	\$9,700	\$0	\$0	Marzo - 2025	85375484	31/03/2025	NO
EPS002	Salud Total EPS	59									X													0	30	\$1,839,700	0.12500	\$230,000	\$0	\$0	Marzo - 2025	85375484	31/03/2025	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59																						0	30	\$1,839,700	0.16000	\$294,400	\$0	\$0	Abril - 2025	86211877	02/05/2025	NO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59																						0	30	\$1,839,700	0.00600	\$11,100	\$0	\$0	Abril - 2025	86211877	02/05/2025	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59																						0	30	\$1,839,700	0.00522	\$9,700	\$0	\$0	Abril - 2025	86211877	02/05/2025	NO
EPS002	Salud Total EPS	59																						0	30	\$1,839,700	0.12500	\$230,000	\$0	\$0	Abril - 2025	86211877	02/05/2025	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59																						0	30	\$1,839,700	0.16000	\$294,400	\$0	\$0	Mayo - 2025	86999839	03/06/2025	NO

El presente certificado se expide a los 7 días del mes Diciembre 2025

CCF24	Compensar Caja de Compensacion Filiar	59								0	30	\$1,839,700	0.00600	\$11,100	\$0	\$0	Mayo - 2025	86999839	03/06/2025	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59								0	30	\$1,839,700	0.00522	\$9,700	\$0	\$0	Mayo - 2025	86999839	03/06/2025	NO
EPS002	Salud Total EPS	59								0	30	\$1,839,700	0.12500	\$230,000	\$0	\$0	Mayo - 2025	86999839	03/06/2025	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59								0	30	\$1,839,700	0.16000	\$294,400	\$0	\$0	Junio - 2025	87777394	01/07/2025	NO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Filiar	59								0	30	\$1,839,700	0.00600	\$11,100	\$0	\$0	Junio - 2025	87777394	01/07/2025	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59								0	30	\$1,839,700	0.00522	\$9,700	\$0	\$0	Junio - 2025	87777394	01/07/2025	NO
EPS002	Salud Total EPS	59								0	30	\$1,839,700	0.12500	\$230,000	\$0	\$0	Junio - 2025	87777394	01/07/2025	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59								0	30	\$1,839,700	0.16000	\$294,400	\$0	\$0	Julio - 2025	88630758	04/08/2025	NO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Filiar	59								0	30	\$1,839,700	0.00600	\$11,100	\$0	\$0	Julio - 2025	88630758	04/08/2025	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59								0	30	\$1,839,700	0.00522	\$9,700	\$0	\$0	Julio - 2025	88630758	04/08/2025	NO
EPS002	Salud Total EPS	59								0	30	\$1,839,700	0.12500	\$230,000	\$0	\$0	Julio - 2025	88630758	04/08/2025	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59								0	30	\$1,839,700	0.16000	\$294,400	\$0	\$0	Agosto - 2025	89412874	01/09/2025	NO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Filiar	59								0	30	\$1,839,700	0.00600	\$11,100	\$0	\$0	Agosto - 2025	89412874	01/09/2025	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59								0	30	\$1,839,700	0.00522	\$9,700	\$0	\$0	Agosto - 2025	89412874	01/09/2025	NO
EPS002	Salud Total EPS	59								0	30	\$1,839,700	0.12500	\$230,000	\$0	\$0	Agosto - 2025	89412874	01/09/2025	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59								0	30	\$1,839,700	0.16000	\$294,400	\$0	\$0	Septiembre - 2025	90251265	02/10/2025	NO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Filiar	59								0	30	\$1,839,700	0.00600	\$11,100	\$0	\$0	Septiembre - 2025	90251265	02/10/2025	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59								0	30	\$1,839,700	0.00522	\$9,700	\$0	\$0	Septiembre - 2025	90251265	02/10/2025	NO
EPS002	Salud Total EPS	59								0	30	\$1,839,700	0.12500	\$230,000	\$0	\$0	Septiembre - 2025	90251265	02/10/2025	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59								0	30	\$1,839,700	0.16000	\$294,400	\$0	\$0	Octubre - 2025	91076822	04/11/2025	NO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Filiar	59								0	30	\$1,839,700	0.00600	\$11,100	\$0	\$0	Octubre - 2025	91076822	04/11/2025	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59								0	30	\$1,839,700	0.00522	\$9,700	\$0	\$0	Octubre - 2025	91076822	04/11/2025	NO
EPS002	Salud Total EPS	59								0	30	\$1,839,700	0.12500	\$230,000	\$0	\$0	Octubre - 2025	91076822	04/11/2025	NO

El presente certificado se expide a los 7 días del mes Diciembre de 2025

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59															0	30	\$1,839,700	0.16000	\$294,400	\$0	\$0	Noviembre - 2025	91868911	01/12/2025	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59				X											0	30	\$1,423,500	0.16000	\$227,800	\$0	\$0	Diciembre - 2025	91869050	01/12/2025	NO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Filiar	59															0	30	\$1,839,700	0.00600	\$11,100	\$0	\$0	Noviembre - 2025	91868911	01/12/2025	NO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Filiar	59				X											0	30	\$1,423,500	0.00600	\$8,600	\$0	\$0	Diciembre - 2025	91869050	01/12/2025	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0	30	\$1,839,700	0.00522	\$9,700	\$0	\$0	Noviembre - 2025	91868911	01/12/2025	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59				X											0	30	\$1,423,500	0.00522	\$7,500	\$0	\$0	Diciembre - 2025	91869050	01/12/2025	NO
EPS002	Salud Total EPS	59															0	30	\$1,839,700	0.12500	\$230,000	\$0	\$0	Noviembre - 2025	91868911	01/12/2025	NO
EPS002	Salud Total EPS	59				X											0	30	\$1,423,500	0.12500	\$178,000	\$0	\$0	Diciembre - 2025	91869050	01/12/2025	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los 7 días del mes Diciembre de 2025

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.



## PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

### FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

#### Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de brindar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.



## FORMATOCERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 9 de diciembre del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (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:

<b>T.I.</b>	<b>1025535066</b>	<b>Isabella Palma Cortes</b>	<b>HIJO</b>
-------------	-------------------	------------------------------	-------------

Todavez 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 NINGUNAPERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.  
Cordialmente,

---

FIRMA

Nombre:           Katherinne Cortes Rojas          

C.C. 52521459





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

**REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO**      Indicativo Serial      **51370759**

NUIP      1025535066

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría     Notaría     Número     Consulado     Corregimiento     Inspección de Policía     Código    057

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

**COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.**

Datos del inscrito

Primer Apellido      Segundo Apellido

**PALMA**      **CORTES**

Nombre(s)

**ISABELLA**

Fecha de nacimiento

Año    2007    Mes    JUL    Día    09    Sexo (en letras)    FEMENINO    Grupo sanguíneo    B    Factor RH    POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

**COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTÁ**

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

**SENTENCIA JUZGADO 9 DE FAMILIA DE BOGOTÁ**

Número certificado de nacido vivo

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

**CORTES ROJAS KATHERINNE**

Documento de identificación (Clase y número)

**CC 52521459 DE BOGOTÁ D.C.**

Nacionalidad

**COLOMBIANA**

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

**PALMA CAMARGO HENRY**

Documento de identificación (Clase y número)

**CC 14273535 DE ARMERO**

Nacionalidad

**COLOMBIANO**

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

**PALMA CAMARGO HENRY**

Documento de identificación (Clase y número)

**CC**

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    2011    Mes    DIC    Día    13

Nombre y firma del funcionario que autoriza

**LEON GUILLERMO PICO MORA**

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del notario que autoriza el reconocimiento

**LEON GUILLERMO PICO MORA**

**ESPACIO PARA NOTAS**

MEDIANTE SENTENCIA DE 24 DE ABRIL DE 2011, CORREGIMIENTOS 10, 11 Y 12 DE BOGOTÁ, Y MEDIANTE PROVIDENCIAS DE 25 DE MAYO Y 12 DE OCTUBRE DEL MISMO AÑO, EL JUZGADO 9 DE FAMILIA DE BOGOTÁ DECLARÓ QUE EL SEÑOR RICARDO JOSE CHAGON CALDERON NO ES EL PADRE DE LA INSCRITA E IGUALMENTE DECLARÓ QUE EL SEÑOR HENRY PALMA CAMARGO ES EL PADRE DE LA MENOR (L.V. 158 FOLIO 13 DE DIC DE 2011).

**LEON GUILLERMO PICO MORA**

NOTARIO 57 DEL CIRCULO DE BOGOTÁ D.C. ENCARGADO DE LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

ENMENDADO: "PROVIDENCIAS" SI VALE

EN BOGOTÁ D.C., A 29 DE JULIO DE 2014, EL SUSCRITO NOTARIO REEMPLAZA LA NOTA DE REFERENCIA QUE PRECEDE, EN EL SENTIDO DE PRECISAR QUE EL PRESENTE FOLIO REEMPLAZA AL 4411099 DE ESTA NOTARÍA, COMO CONSECUENCIA DE LA SENTENCIA MENCIONADA EN LA MISMA.

**LEON GUILLERMO PICO MORA**  
NOTARIO 57 DEL CIRCULO DE BOGOTÁ D.C. (E)



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA  
 N°: 800 544 829-8  
 Calle 29 No. 58-02

SEGUNDO  
 PERIODO 2025

TI 1025535066 - ISABELLA PALMA CORTES

MATRICULA	\$ 1.950.000,00
CARNET ESTUDIANTE	\$ 95.000,00
SEGURO ESTUDIANTE	\$ 9.000,00
POTENCIAL BENEFICIO POLITICA DE GRATUIDAD	(\$ 1.950.000,00)
<b>Valor Total a Pagar</b>	<b>104.990,99</b>
<b>Fechas Límites de Pago</b>	
0 porc. de RECARGO	14-07-2025 a 18-07-2025
3%	Valor a Cancelar
	<b>104.990,99</b>

<b>BACTERIOLOGIA Y LABORATORIO CLINICO DIURNA</b>	
Orden de Pago	499581 - 1
Código Estudiantil	8
SELLO	

COPIA ESTUDIANTE



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA  
 N°: 800 544 829-8  
 Calle 29 No. 58-02

SEGUNDO  
 PERIODO 2025

TI 1025535066 - ISABELLA PALMA CORTES

MATRICULA	\$ 1.950.000,00
CARNET ESTUDIANTE	\$ 95.000,00
SEGURO ESTUDIANTE	\$ 9.000,00
POTENCIAL BENEFICIO POLITICA DE GRATUIDAD	(\$ 1.950.000,00)
<b>Valor Total a Pagar</b>	<b>104.990,99</b>
<b>Fechas Límites de Pago</b>	
0 porc. de RECARGO	14-07-2025 a 18-07-2025
3%	Valor a Cancelar
	<b>104.990,99</b>

<b>BACTERIOLOGIA Y LABORATORIO CLINICO DIURNA</b>	
Orden de Pago	499581 - 1
Código Estudiantil	8
SELLO	

COPIA DEPENDENCIA



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA  
 N°: 800 544 829-8  
 Calle 29 No. 58-02

SEGUNDO  
 PERIODO 2025

TI 1025535066 - ISABELLA PALMA CORTES

<b>Consignación Cheque y/o Efectivo</b>	
Valor Cheque	\$ _____
Valor Efectivo	\$ _____
<b>Total</b>	\$ _____

<b>BACTERIOLOGIA Y LABORATORIO CLINICO DIURNA</b>	
MATRICULA	\$ 1.950.000,00
CARNET ESTUDIANTE	\$ 95.000,00
SEGURO ESTUDIANTE	\$ 9.000,00
POTENCIAL BENEFICIO POLITICA DE GRATUIDAD	(\$ 1.950.000,00)
<b>Valor Total a Pagar</b>	<b>\$ 104.990,99</b>



441577096987197818020540960113940,00104000,9920250718

COPIA BANCO

PAGUESE EN CUALQUIER SUCURSAL DE:  
 - BANCO DAVIVIENDA



**UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

Constancia No.03912025

**LA DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**HACE CONSTAR**

Que **ISABELLA PALMA CORTÉS**, identificada con Cédula de Ciudadanía N°.1025535066 de Bogotá, se encuentra matriculada y cursando PRIMER (I) semestre en el II periodo académico de 2025, con una intensidad de VEINTISÉIS (26) horas semanales, en el programa de Bacteriología y Laboratorio Clínico, bajo las condiciones establecidas en el plan de estudios aprobado por Acuerdo 006 del 26 de febrero de 2025.

Es importante señalar, que el programa en mención cuenta con Acreditación de Alta Calidad y Registro Calificado otorgados por el Ministerio de Educación Nacional mediante Resoluciones Nos. 013175 del 17 de julio de 2020 y 010712 del 5 de julio de 2023, respectivamente, y se encuentra debidamente registrado en el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior - SNIES bajo el código 1718, con una duración de 10 semestres, y una carga académica total de 160 créditos.

La presente certificación se expide en la ciudad de Bogotá, para trámites PERSONALES, a solicitud de la interesada, a los veintidós (22) días del mes de agosto de 2025.

**CLAUDIA ANDREA CRUZ BAQUERO**  
Decana Facultad de Ciencias de la Salud

*Sin sello Decreto 2150 de diciembre 05 de 1995*

Revisó: *Luisa Raquel Molina Quintero. Docente con funciones de Coordinación Bacteriología y Laboratorio Clínico.*  
Elaboró: *Margarita Archila. Técnico Operativo*



Sede principal: Calle 28 No. 5B-02 - PBX. 2 41 88 00  
Teléfono: 2 82 57 16 - Línea Gratuita 018000113044  
[www.unicolmayor.edu.co](http://www.unicolmayor.edu.co) - [contacto@unicolmayor.edu.co](mailto:contacto@unicolmayor.edu.co)  
NIT: 800144829-9 - Bogotá D.C., Colombia





Versión: 05

Código:  
GTH- F- 074

## Proceso Gestión de Talento Humano

## Formato Entrega de Bienes e Información de Ejecución Contractual por el Contratista

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: Katherine Cortes Rojas						IDENTIFICACIÓN
CIUDAD	BOGOTÁ	FECHA	23 DE DICIEMBRE DE 2025	REGIONAL	BOGOTÁ	52.521.459
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:			SEDES - CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS			
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:		CO1.PCCNTR.7482112 DEL 10 DE febrero DE 2025				

## CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	<input checked="" type="checkbox"/>	CESIÓN	<input type="checkbox"/>	LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO	<input type="checkbox"/>	TERMINACIÓN UNILATERAL	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	-------------------------------------	--------	--------------------------	--	--------------------------	------------------------	--------------------------

DEPENDENCIA SENA	Marcar con x	RESPONSABLES	
		NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
GESTIÓN DE TIC		Néstor Alfonso Puerto Jiménez	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS		Olga Lucía Ruiz Flórez	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL		No se le entregó carné en el 2025	No aplica
ALMACÉN E INVENTARIOS		Generar reporte de <a href="https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx">https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx</a> y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a s	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)		José Guillermo Cardozo Oliveros	
CONTABILIDAD		Carlos Andrés Perea Olave	
TESORERÍA		Néstor William Avila Alfonso	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ACADÉMICA		Olga Lucía Ruiz Flórez	
BIBLIOTECA	X	Sindy Geraldine Oita Oita	
OTRO		No aplica	No aplica
OTRO		No aplica	No aplica
SUPERVISOR DE CONTRATO		Olga Lucía Ruiz Flórez	

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS :

  
 Katherine Cortes Rojas  
 Firma del Contratista



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA  
PROCESO DE GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA  
RELACION DE BIENES A CARGO DEL CUENTADANTE

Versión: 1.01

Fecha: 15.10.2020

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el documento 52521459 NO ha sido registrado en la Base de Datos y por tanto NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 7 de Diciembre de 2025 a las 09:55:11

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.