

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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 QUINDÍO CENTRO PARA EL DESARROLLO TECNOLÓGICO DE LA CONSTRUCCION FP Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional	63		
			Código Centro	923110		
			Fecha Elaboración	Agosto de 2025		
			Versión	ENERO - 2.25		
			ID de Proceso	18521-018823		
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos: LEUMAN JAVIER MENDOZA MEDINA			Banco a consignar:		BANCOLOMBIA	
Cédula de Ciudadanía 84.093.972			Tipo de cuenta:		AHORROS	
Correo electrónico: ljmendozam@sena.edu.co			Número de Cuenta:		52618163547	
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?						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: 7513632/2025		Nº Compromiso SIIF 71825		Número de pagos durante la vigencia del contrato		8
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: CESION CTO 7513632 PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR, ORIENTAR Y EVALUAR LA FPI TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O VIRTUAL, CONFORME A LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS RAD 63-9-2025-006531				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del	01/08/2025	Al	31/08/2025	Saldo Anterior del Contrato:		\$ 21.617.702
Número de pago	4			Valor Total del Contrato:		\$ 32.503.211
Valor Bruto Pago:	\$ 4.599.511,00			Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 17.018.191
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 \$ 2.677.260			TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
			Agosto	Julio	Base retención en la fuente a título de RENTA 2.677.260,00 TARIFA	
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS			-----	9490364493	Base retención en la fuente a título de ICA 0,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC			\$ 1.839.804	\$ 1.839.804	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud			\$ 230.000	\$ 230.000	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión			\$ 294.400	\$ 294.400	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional			\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA 0,00 15%	
ARL III			\$ 44.900	\$ 44.900	Reteica - 8299 0,00 0,000%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes			\$ -		- 0,00 0,000%	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes			\$ -		- 0,00 0,000%	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes			\$ -		- 0,00 0,000%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias			\$ -		- 0,00 0,000%	
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% \$26.227.473			\$ 893.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 2.167.000					Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Retención en la Fuente Contingente \$					VALOR A PAGAR \$4.599.511,00	
SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS ONCE PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
El contratista en cumplimiento de su contrato de prestación de servicios desarrollo actividades de formación en los siguientes programas						
Ficha 2879922 - GESTION EFICIENTE DE LA ENERGIA						
Ficha 3118474 - GESTION EFICIENTE DE LA ENERGIA						
Planeación y orientación de las Actividades de Enseñanza - Aprendizaje.						
Programación de las sesiones virtuales de formación en la plataforma Zajuna.						
Durante la vigencia reportada se asistió a la reunión del EEF.						
Calificación de y retroalimentación de las actividades. Asesorías asincrónicas y estudia material de formación.						
Se presento el seguimiento de actividades formativas - Fase 1. ACTA No. 0686 de 13 de agosto 2025						
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:				LEUMAN JAVIER MENDOZA MEDINA EL CONTRATISTA		
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						
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO						
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:				Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;				DIANA PATRICIA LOZANO CASTRO INSTRUCTOR G16		
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 ADRIANA MARITZA VANEGAS CASTILLO SUBDIRECTORA DE CENTRO G02						

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 84093972		MENDOZA MEDINA LEUMAN JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 27A # 730	RIOHACHA-LA GUAJIRA	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-07	2025-07	1709485162		9490364493	I	2025/08/20	2025/08/19	BANCO ITAU	\$795,600

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
1	CC 84093972	MENDOZA MEDINA LEUMAN JAVIER		230301	30	\$2,740,743	\$438,600	EPS037	30	\$2,740,743	\$342,600		0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,740,743	\$14,400	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)						\$2,740,743	\$438,600			\$2,740,743	\$342,600			\$0	\$0			\$2,740,743	\$14,400		\$0	\$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$438,600	\$0	\$0	\$438,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$438,600	\$0	\$0	\$438,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$14,400	\$0	\$0	\$14,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$14,400	\$0	\$0	\$14,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$342,600	\$0	\$0	\$342,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$342,600	\$0	\$0	\$342,600
TOTAL				1	\$795,600	\$0	\$0	\$795,600



SENA - CFP-639231

Radicacion Recibida

Nº: 63-1-2025-002029

27/06/2025 8:02:35 a.m.

Destinatario: 639231

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

RIOHACHA, 20 de Mayo del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
RIOHACHA

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:

RC	1124433358	Leuman Jose Mendoza Medina	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,

LEUMAN JAVIER MENDOZA MEDINA
C.C. 84093972



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 64663683

NUIP 1.124.433.358

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código X Z B

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

REGISTRADURIA DE MANAURE - COLOMBIA - LA GUAJIRA - MANAURE.....

Datos del inscrito

Primer Apellido

MENDOZA.....

Segundo Apellido

ROBLES.....

Nombre(s)

LEUMAN JOSE.....

Fecha de nacimiento

Año 2025

Mes ENE

Día 30

Sexo (en letras)

MASCULINO.....

Grupo sanguíneo

O.....

Factor RH

POSITIVO.....

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

COLOMBIA LA GUAJIRA URIBIA.....

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO.....

Número certificado de nacido vivo

25016710035280.....

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ROBLES MIRANDA KATY PAOLA.....

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1.124.408.411.....

Nacionalidad

COLOMBIA.....

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MENDOZA MEDINA LEUMAN JAVIER.....

Documento de identificación (Clase y número)

CC 84.093.972.....

Nacionalidad

COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MENDOZA MEDINA LEUMAN JAVIER.....

Documento de identificación (Clase y número)

CC 84.093.972.....

Firma

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 2025

Mes FEB

Día 14

Nombre y firma del funcionario que autoriza

ROSA GRACIELA PALACIO OCHOA - REC
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -