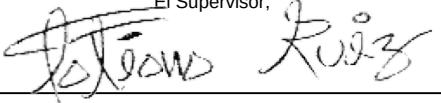


<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional	41
	REGIONAL HUILA		Código Centro	952810
	CENTRO DE GESTIÓN Y DESARROLLO SOSTENIBLE SURCOLOMBIANO-HUILA		Fecha Elaboración	Noviembre de 2025
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO - 2.25
		ID de Proceso	32503-151169	
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: ELIANA MENESES BERMEO		Banco a consignar: BANCOLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía: 1.083.878.137		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: emeneses@sena.edu.co		Número de Cuenta: 07656558711		
IP/N° de contacto: 3208965715		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		SI
¿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: Ninguno				
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%				
DATOS DEL CONTRATO				
N° del contrato: 7443174/2025		N° Compromiso SIIF: 14625	Número de pagos durante la vigencia del contrato: 11	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN LAS MODALIDADES PRESENCIAL O VIRTUAL, EN LA ESPECIALIDAD DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA VIRTUAL SIN IDIOMAS/SALUD EN EL CGDSS.		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del 01/11/2025 Al 30/11/2025		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 8.585.754
Número de pago 10		Valor Total del Contrato:		\$ 48.294.866
Valor Bruto Pago: \$ 4.599.511,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 3.986.243
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 \$ 2.704.460		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
		Noviembre	Octubre	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 2.704.460,00 TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	35404426	Base retención en la fuente a titulo de ICA 4.599.511,00
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 I		\$ 9.700	\$ 9.700	Reteica - 8523 - PITALITO 27.597,00 0,600%
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		\$ -		- 0,00 0%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		- 0,00 0%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		- 0,00 0%
Dependientes hasta		\$ 459.951		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Salud hasta \$ 796.784		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25% \$36.062.775		\$ 901.000		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 7.760.000				Otras Retenciones 0,00 0,000%
Retención en la Fuente Contingente \$				0,00
				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
				VALOR A PAGAR \$4.571.914,00
SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y UN MIL NOVECIENTOS CATORCE PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Impartir formación profesional a los siguientes cursos complementarios virtuales:				
3370422 - NUTRICION Y ALIMENTACION EN EL DESARROLLO HUMANO				
3370424 - NUTRICION Y ALIMENTACION EN EL DESARROLLO HUMANO				
3370437 - NUTRICION Y ALIMENTACION EN EL DESARROLLO HUMANO				
3370447 - NUTRICION Y ALIMENTACION EN EL DESARROLLO HUMANO				
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:				
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		<div><div>ELIANA MENESES BERMEO EL CONTRATISTA</div></div>		
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;		<div><div>JENNIFER TATIANA RUIZ MARTINEZ INSTRUCTOR G19</div></div>		
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 GABRIEL FERNANDO TORRES PRIETO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)				



RAZÓN SOCIAL :	ELIANA MENESES BERMEO
IDENTIFICACIÓN:	CC-1083878137
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	000
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	000
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-11-18
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-12-10
FECHA DE PAGO:	2025-11-18
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-11
PERÍODO SALUD:	2025-11
NÚMERO PLANILLA:	35404426
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	35404426
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	\$ 1.839.805	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 230.000	\$ 230.000
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 1.839.805	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 294.400	\$ 294.400
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.839.805	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 19.300	\$ 19.300
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 543.700	\$ 543.700

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	07/01/2026
----------------------------------	------------

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ELIANA MENESES BERMEO
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-1083878137
SUCURSAL	000
FECHA PAGO	2025-11-18
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-1083878137
NOMBRE EMPLEADO	ELIANA MENESES BERMEO
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.
AFP	PORVENIR
CAJA COMPENSACIÓN	Sin CCF
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	35404426
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	I
PERÍODO PENSIÓN	2025-11
PERÍODO SALUD	2025-11
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	2851101
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sin inicio	Fecha Sin Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.839.805	0,1600000	\$ 294.400	\$ 0	\$ 0	\$ 294.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.839.805	0,1250000	\$ 230.000	\$ 0	0	\$ 0	0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.839.805	0,0104400	\$ 19.300	8699

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligat ori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligator i	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligator i
0	0	0,0000000	\$ 0	0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
\$ 294.400	\$ 230.000	\$ 19.300	\$ 0	\$ 543.700



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Pitalito, 18 de febrero de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

Ciudad

SENA - CFP 419528
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 41-1-2025-001419
18/02/2025 9:11:10 a. m.
Destinatario: _____

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:

T.I.	1144628120	JUAN DIEGO DELGADILLO MENESES	HIJO
T.I.	1083929081	GABRIELA GIRALDO MENESES	HIJO

Toda vez 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 NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

FIRMA

Nombre: Eliana Meneses Bermeo

C.C. 1.083.878.137 de Pitalito Huila.

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

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 44391896
Serial

NUIP

1 144 638 126

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐

Notaría ☐

Número ☐

Consulado ☐

Corregimiento ☐

Inspección de Policía ☐

Código ☐

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE PITALITO N. J.A. CASTRO VARGAS COLOMBIA HUILA

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

DELGADILLO MENESES

Nombre(s)

JUAN DIEGO

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor Rh

Año

2011

Mes

JUL

Día

14

MASCULINO

O

POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA PITALITO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

10882008-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MENESES BERMEO ELIANA

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 1.083.878.137

COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

DELGADILLO COMAS RAFAEL RICARDO

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 4.439.172

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

DELGADILLO COMAS RAFAEL RICARDO

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

CC 4.439.172

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

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Año

2011

Mes

JUL

Día

15

OSCAR FELIX REYES MENESES - REGIS

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

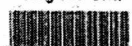
ORIGINAL EN LA OFICINA DE REGISTRO



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



Adhesivo Copia
Registro Civil



20202884-0

NUIP 1.083.928.081

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

57052666

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	☒	Notaría	☐	Número	☐	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	L 9 C
---------------	-------------------------------------	---------	--------------------------	--------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	--------	-------

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

REGISTRADURIA DE PITALITO - COLOMBIA - HUILA PITALITO

Datos del inscrito

Primer Apellido				Segundo Apellido			
GIRALDO				MENESES			
Nombre(s)							
GABRIELA							
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo	
Año	2017	Mes	JUL	Día	05	FEMENINO	O
Factor RH							
POSITIVO							
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)							
COLOMBIA HUILA PITALITO							

Tipo de documento antecedente o Evidenciación de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	14067201-0

Datos de 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	
MENESES BERMEO ELIANA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.083.878.137	COLOMBIA

Datos de padre o madre (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	
GIRALDO JIMENEZ CRISTIAN FELIPE	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.094.908.188	COLOMBIA

Apellidos y nombres completos	
MENESES BERMEO ELIANA	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.083.878.137	

Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autografa
Año 2017 Mes JUL Día 06	DANIEL AUGUSTO VARGAS STERLING
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

06 JUL 2017 - LIBRO DE VARIOS	ESPACIO PARA NOTAS
REGISTRADURÍA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL PITALITO - HUILA ESTE DOCUMENTO ES FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA OFICINA	
REGISTRADOR MUNICIPAL	
FECHA: 07 JUL 2017	

LITOGRAFIA DRISTICA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -