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 META**

**CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **50** |
| **Código Centro** | **953210** |
| **Fecha Elaboración** | **Febrero de 2026** |
| **Versión** | **ENERO - 1,26** |
| **ID de Proceso** | **15265-216316** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | JUAN CARLOS GALINDO BETANCOURT | **Banco a consignar:** | BANCO COLPATRIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 17.345.398 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | jgalindob@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 7192035711 |
| **IP/Nº de contacto:** | | **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 2025** | NO |

| | |
|---|---|
| **¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a $69.718.600** | NO |
| **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a $209.496.000 (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:** | 9132118/2026 | **Nº Compromiso SIIF** | **22426** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 11 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES TEMPORALES PARA EJERCER EL ROL DE INSTRUCTOR TÉCNICO Y/O TRANSVERSAL Y/O SEGUIMIENTO ETAPA PRODUCTIVA DE ACUERDO CON LOS DISEÑOS CURRICULARES |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **02/02/2026** | **Al** | **28/02/2026** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 47.374.970 |
| **Número de pago** | **1** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 47.374.970 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 4.263.747,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 43.111.223 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.263.747 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 4.263.747** | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.816.447** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Febrero | Enero | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.816.447,00 | TARIFA |
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **8328268456** | Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.263.747,00 | |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.750.905 | $ 0 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 218.900 | $ 0 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 280.200 | $ 0 | 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 | | $ 9.200 | $ 0 | Reteica - 8299 | 0,00 | 0,600% |
| | | $ | | - | 0,00 | 0,600% |
| | | $ | | - | 0,00 | 0,600% |
| | | $ | | - | 0,00 | 0,600% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | | $ - | | - | 0,00 | 0,600% |
| 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 | $ 837.984 | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Renta Exenta 25% | $ 37.927.505 | $ 939.000 | | | 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** | **$4.263.747,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Dando cumplimiento con el objeto del contrato prestación de servicios profesionales, CO1.PCCNTR.9132118, en el mes Febrero de 2026, pactados con el Centro de Industria y Servicios del Meta, en los niveles técnico, tecnológico y/o complementaría, ejecutado en el de articulación media técnica, municipios de Granada y Villavicencio, desarrollando actividades de formación Técnico Contabilización de Operaciones Comerciales y Financieras fichas grado 11° F 3166948, desarrollando competencias de acuerdo a planeación de formación desarrollo curricular y el proceso de matrícula grados 10 °, pago de Planilla de seguridad social mes de enero 8328268456

**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



**JUAN CARLOS GALINDO BETANCOURT**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

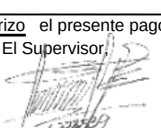
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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 período 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,



**JORGE DANIEL ZIPA RODRÍGUEZ**
**INSTRUCTOR G18**

**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**
**GENY ASTRID LEON CURREA**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

23/02/26 17:20:15 USUARIO: SIC - C.C. 17345398

# 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 Juan Carlos Galindo Betancourt, identificado(a) con CC número 17345398, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 17345398 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Juan Carlos Galindo Betancourt |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 06/06/1970 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 17/03/2022 |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 17/03/2022 |
| NIVEL SISBEN | No aplica |
| EMPLEADOR(ES)* | |

CEDULA DE CIUDADANIA 17345398 JUAN CARLOS GALINDO BETANCOURT Desde 01/03/2024 - Vigente

Generado por interfaces 23/01/2026

**ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.**

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141216310323

(415)7707212489984(8020) 000014121631032 3

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 7 3 4 5 3 9 8 | 9 | Impuestos y Aduanas de Villavicencio 2 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 7 3 4 5 3 9 8 | |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Meta 5 0 | Villavicencio 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| GALINDO | BETANCOURT | JUAN | CARLOS |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Meta 5 0 | Villavicencio 0 0 1 |

41. Dirección principal: CR 29 A 46 25 BRR LA GRAMA

42. Correo electrónico: jgbcontables@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 0 2 7 5 2 8 2 3 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 5 2 3 | 2 0 2 0 0 2 1 0 | 6 9 2 0 | 2 0 0 7 0 8 0 1 | 8 5 6 0 | | | | |

### 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 | 5 | 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

| Usuarios aduaneros | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 54. Código | | | | | | | | | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | | |

| Exportadores | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 55. 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 [X] 60. No. de Folios: 0

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 GALINDO BETANCOURT JUAN CARLOS

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** JUAN CARLOS GALINDO BETANCOURT
**No. Identificación:** CC17345398
**Dirección:** CRA 29A 46 25 LA GRAMA
**Telefono:** 6640534
**Correo:** jgbcontables@gmail.com
**Ciudad:** VILLAVICENCIO
**Número de Planilla:** 8328268456

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | JUAN CARLOS GALINDO BETANCOURT |
| **Tipo y número de identificación** | CC17345398 |
| **Número de planilla** | 8328268456 |
| **Fecha pago** | 2026-01-26 |
| **Número de autorización pago** | 16285699 |
| **Banco** | 1023 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | enero de 2026 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | enero de 2026 |
| **Número de Administradoras** | 2 |
| **Total Pagado** | 499100 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 280200 | 1 |
| EPS005 | Sanitas EPS | 218900 | 1 |

8328268456

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 17345398
APELLIDOS Y NOMBRES: JUAN CARLOS GALINDO BETANCOURT

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | 25-14 | 1750905 | 1750905 | 0 | 0 | 218900 | 0 | 280200 | 0 | 0 | 0 |

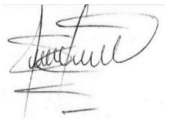
Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JUAN CARLOS GALINDO BETANCOURT** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **17345398,** se encuentra afiliado/a desde **01/04/2022** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 23 de enero de 2026.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que **JUAN CARLOS GALINDO BETANCOURT**, identificado con **CC** No. **17345398**, registra la siguiente información:

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034 | **Fecha de inicio de cobertura:** 02/02/2026<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 02/02/2026<br>**Fecha fin de Contrato:** 03/10/2026<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 1 |

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad en www.positiva.gov.co para continuar con la cobertura.

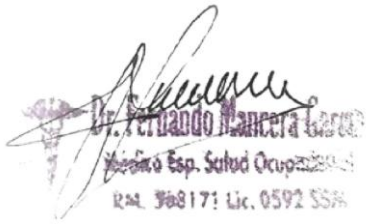
Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 04 días del mes de Febrero de 2026.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**
**JAGC**

El líder del subprograma de medicina preventiva y del trabajo del SENA regional Meta certifica que el(la) contratista identificado(a) con CC. 17345398, cuenta con los exámenes médicos ocupacionales de ingreso, conforme a lo dispuesto en la circular 3-2026-000011 de la entidad para la vigencia 2026.

.



FERNANDO IVAN MANCERA GARCIA
Medico Ocupacional – Contratista
SENA Regional Meta