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 HUILA

CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA

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

Código Regional	**41**
Código Centro	**952610**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**84566-318695**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ESNEIDER MENDEZ RODRIGUEZ	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.117.519.962	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	esneidermendezrodriguez@gmail.com	**Número de Cuenta:**	0550488432664248
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:	8940817/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**4326**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: 41_9526_075 PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL, QUE PROGRAME EL CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA, EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/05/2026**	**Al**	**31/05/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 35.531.227
Número de pago	**4**			**Valor Total del Contrato:**	$ 49.585.802
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 30.793.730

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 93.000	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.830.497**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.848.447**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Mayo	Abril			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.848.447,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9503800648**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.830.497,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 303.200	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		$ 9.900	$ 9.900	Reteica - 8299	0,00	0,350%
		$		-	0,00	0,350%
		$		-	0,00	0,350%
		$		-	0,00	0,350%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0,350%
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		$ 483.050		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 949.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.807.000			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.737.497,00**	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartí formación profesional en las siguientes titulaciones:

3143265- IMPLEMENTACION DE INFRAESTRUCTURA DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES. 24,00.

3432439 - CONTABILIZACION DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS. 24,00 horas.

3119390 - GESTION DOCUMENTAL . 12,00 horas.

3470882 INGLES BASICO 1. 18 horas.

3064040 - GESTION CONTABLE Y DE INFORMACION FINANCIERA. 24,00 horas.

3389016 - ANALISIS Y DESARROLLO DE SOFTWARE. 30,00 horas.

3489176 - INGLES BASICO 1. 28,00 horas

TOTAL HORAS: 160.

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

Esneider Mendez Rodriguez

ESNEIDER MENDEZ RODRIGUEZ
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,

Firmado digitalmente por Hernan Camilo Cerquera Florez

HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ
INSTRUCTOR G13

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
DIEGO FERNANDO VILLALBA ARTUNDUAGA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

Firmado digitalmente por VILLALBA ARTUNDUAGA DIEGO FERNANDO
Fecha: 2026.05.19 18:01:21 -05'00'

19/05/26 08:56:03 USUARIO: SIC - C.C. 1117519962

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1117519962		MENDEZ RODRIGUEZ ESNEIDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 3a N 24A 03	FLORENCIA-CAQUETA	2222222	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	16442494	9503800648	I	2026/05/15	2026/05/06	BANCO DE OCCIDENTE	0	$550,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO									NOVEDADES																								
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp
1	CC	1117519962	MENDEZ RODRIGUEZ ESNEIDER	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No																										

Total **Afiliados(1)**

aportes en línea

Planilla Integrada

							SALARIO			PENSION													SALUD					
:t	Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irl	Fecha Inicio irl	Fecha Fin irl	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
							$ 1.894.999	No		COLFONDOS	30	$ 1.894.999	16%	SIN RIESGO	$ 303.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 303.200		ASMET SALUD EPS SAS	30	$ 1.894.999	12,5%	$ 236.900	$
																					$ 303.200						$ 236.900	

			CCF					RIESGOS						PARAFISCALES									
	Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
0	$ 236.900			0	$ 0	0%	$ 0	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$ 1.894.999	0,522%	1	$ 9.900	0	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
	$ 236.900						$ 0						$ 9.900				$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1117519962		MENDEZ RODRIGUEZ ESNEIDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 3a N 24A 03	FLORENCIA-CAQUETA	2222222	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	16442494	9503800648	I	2026/05/15	2026/05/06	BANCO DE OCCIDENTE	0	$550,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$303,200	$0	$0	$303,200
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$303,200	$0	$0	$303,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,900	$0	$0	$9,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,900	$0	$0	$9,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$236,900	$0	$0	$236,900
ASMET SALUD EPS SAS	ESSC62	900,935,126	7	1	$236,900	$0	$0	$236,900
TOTAL				1	$550,000	$0	$0	$550,000

Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País

Usuario que Genera Reporte:	MHdvillalb	DIEGO FERNANDO VILLALBA ARTUNDUAGA
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-041-952610	CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA
Fecha y Hora Generación Reporte:	lunes, 6 de abril de 2026	

Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

Solicitud de Comisión No.	21326	**Fecha Solicitud**	2026-03-31	**Estado de la Comisión**	Autorizada	**Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-041-952610 CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA**		
Tipo de Comisión	Servicio	**Fecha Aut./ Rech.**	2026-04-06	**Genera Viáticos**	NO	**Genera gastos de viaje**	Si	**Requiere Pasajes Aéreos**	NO
Transporte por Vía	Terrestre	**Área u Oficina**	FORMACION- REGULAR TITULADA			**Tipo de trámite**	Inicial	**Comisión Inicial**	

CDP de viáticos

Consecutivo CDP	3426	**Dependencia Solicitante**	952645 CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION.
Rubro Presupuestal de Viaticos	-	**Rubro Presupuestal de Gastos de Viaje**	C-3603-1300-20-20305C-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE SABERES PREVIOS CON ÉNFASIS EN POBLACIONES CAMPESINAS Y POPULARES EN COLOMBIA NACIONAL

Nombre	Tipo y Número de Documento	Cargo	Estado	Fecha Inicial Comisión	Fecha final Comisión	Dpto. / Municipio Origen	Dpto. / Municipio Destino	N°. Días	Pernocta Último día Comisión	Porcentaje Pernocta	Total dias	Base de Liquidación	Valor Viático Diario	Valor Total Viáticos	Valor Gastos de Viaje	Valor total a pagar	Objeto de la Comisión por Tercero

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Firmado digitalmente por: MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
Serial del certificado: 5540827336374662968
Entidad: Persona Juridica
Unidad Organizacional: SUBDIRECCION DE OPERACIONES
Hora de firma: 2026/04/06 16:47:27 -05:00

Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.

ESNEIDER MENDEZ RODRIGUEZ	CC: 1117519962	CONTRATISTA	Autorizada	2026-04-09	2026-04-09	HUILA / LA PLATA	HUILA / LA PLATA	0	No	0	0	4.737.497,00	0,00	0,00	124.000,00	124.000,00	IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL AL PROGRAMA DE FORMACION TECNICO EN CONTABILIZACION DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS FICHA 3432439
				2026-04-14	2026-04-14	HUILA / LA PLATA	HUILA / LA PLATA	0	No	0						
				2026-04-23	2026-04-23	HUILA / LA PLATA	HUILA / LA PLATA	0	No	0						
				2026-04-30	2026-04-30	HUILA / LA PLATA	HUILA / LA PLATA	0	No	0						
											Totales Solicitud de Comisión			**0,00**	**124.000,00**	**124.000,00**	

OBJETO DE LA COMISIÓN
IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL AL PROGRAMA DE FORMACION TECNICO EN CONTABILIZACION DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS FICHA 3432439

ORDENADOR DEL GASTO					
Identificacion:	7719339	Nombre:	DIEGO FERNANDO VILLALBA ARTUNDUAGA	Cargo:	SUBDIRECTOR CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA

VISTO BUENO JEFE INMEDIATO			
Nombre:	""	Cargo:	""

Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.

Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País

Usuario que Genera Reporte:	MHdvillalb	DIEGO FERNANDO VILLALBA ARTUNDUAGA
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-041-952610	CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA
Fecha y Hora Generación Reporte:	lunes, 6 de abril de 2026	

Firma Responsable

Verificado Por:	ELIANA ANAYA MEDINA	Fecha Verificación:	06/04/2026 16:37:44

Firmado digitalmente por:
Nombre: DIEGO FERNANDO VILLALBA ARTUNDUAGA
Cédula de ciudadanía: 7719339
Usuario SIIF: MHdvillalb
6/04/2026 4:47:37 p. m.

Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.

	Versión: 01
	Código: GCCON-F-095

PROCESO
GESTIÓN CONTRACTUAL
NOMBRE DEL FORMATO
FORMATO AGENDA DESPLAZAMIENTO CONTRATISTA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública	X	**Pública Clasificada**		**Pública Reservada**		

DATOS DEL CONTRATISTA QUE SE DESPLAZA								
FECHA DE ELABORACIÓN DE AGENDA					17/03/2026			
NOMBRES Y APELLIDOS					**IDENTIFICACIÓN:**			
ESNEIDER MENDEZ RODRÍGUEZ					**Tipo:**	**C.C.**	**No.**	**1117519962**
CONTRATO	**No.**	**CO1.PCCNTR .8940817**	**AÑO**	2026	**FECHA VENCIMIENTO DEL CONTRATO**	15	12	2026
OBJETO CONTRACTUAL:	Prestar servicios personales de carácter temporal para planear y orientar la Formación Profesional Integral, que programe el Centro de Desarrollo Agroempresarial y Turístico del Huila, en sus diferentes niveles y modalidades, atendiendo las políticas institucionales y la normatividad vigente para el área temática Idiomas y demás programas de formación relacionadas con el perfil del instructor.							
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	Huila				**DEPENDENCIA/ CENTRO**	Centro de Desarrollo Agroempresarial y Turístico del Huila		
NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO (de la Movilización)	Diego Fernando Villalba Artunduaga				**CARGO**	Subdirector (e)		
NOMBRE DEL SUPERVISOR(A) DEL CONTRATO	Greicy Lorena Bernal Serrato				**CARGO**	Coordinadora Académica		

INFORMACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO								
RUTA	**C.P. Belen, La Plata**							
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	Huila				**DEPENDENCIA/ CENTRO**	**Centro de Desarrollo Agroempresarial y Turístico del Huila**		
CIUDAD/DEPARTAMENTO O MUNICIPIO/DEPARTAMENTO O CIUDAD/PAIS	Huila			**ENTIDAD O EMPRESA:**	C.P. Belen, La Plata		**CONTACTO**	
FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO	**9**	**4**	**2026**	**FECHA FIN DESPLAZAMIENTO**		**30**	**4**	**2026**
OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO	IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL AL PROGRAMA DE FORMACION TECNICO EN CONTABILIZACION DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS FICHA 3432439							

OBLIGACIONES DEL CONTRATO	
1	Cumplir con los lineamientos y disposiciones del Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol SIGA, Código de Integridad del SENA, desarrollando las acciones de formación, de acuerdo con la programación, disponiendo de toda su capacidad, seriedad, responsabilidad, profesionalismo y eficiencia en su desarrollo, que derive en excelente calidad de la formación a impartir, cumpliendo con la programación establecida previa concertación con la supervisión, en las jornadas y lugares para impartir la formación y de acuerdo con el diseño y desarrollo curricular de los programas, lineamientos y política institucional indicados en el Procedimiento de Ejecución de la Formación sobre una base de ciento sesenta (160) horas por periodo mensual.
2	Realizar el registro, verificación y seguimiento oportuno de la información académica en el Sistema Optimizado para la Formación Integral del Aprendizaje (SOFIA PLUS), mediante las siguientes actividades: a) Cargar el proyecto formativo. b) Crear las rutas de aprendizaje y asociar a los aprendices a su respectiva ruta. c) Verificar que los aprendices matriculados se encuentren en estado “En formación”. d) Comprobar que los datos básicos y de contacto de los aprendices estén debidamente actualizados. e) Registrar oportunamente las inasistencias, conforme a lo establecido en el Reglamento del Aprendiz SENA. f) Verificar el estado de los aprendices reintegrados o trasladados. g) Emitir y registrar el juicio valorativo sobre el nivel de cumplimiento de los resultados de aprendizaje de las competencias del programa, dentro de los ocho (8) días siguientes a la finalización de cada resultado de aprendizaje. h) Notificar de manera inmediata al supervisor cualquier error identificado en el registro de los juicios evaluativos.
3	Realizar las actividades necesarias para el cumplimiento del objeto contractual, así como aquellas que resulten inherentes y guarden relación directa con la formación.

AGENDA				
ACTIVIDADES				
Dia 1	**9**	**4**	**2026**	
Desplazamiento ruta de ida:				**La Plata - C.P. Belen, La Plata**
Medio de transporte: aéreo, terrestre, fluvial:				**Terrestre**
Actividades a ejecutar:				
9	**HORA: 05:00 AM**	Desplazamiento desde el municipio de La Plata al Centro de Poblado Belen, La Plata.		
	HORA: 06:00 AM	Llamar asistencia y exploración inicial de componentes comunicativos en salud		
	HORA: 06:00 AM	Impartir formación profesional integral al programa de formación Técnico en Contabilización de operaciones comerciales y financieras ficha 3432439. RAP Describir a nivel básico, de forma oral y escrita en inglés personas, situaciones y lugares de acuerdo con sus costumbres y experiencias de vida		
	HORA: 12:00 PM	Desplazamiento desde el Centro de Poblado Belen, La Plata al municipio de La Plata.		
Desplazamiento ruta de regreso:				**C.P. Belen, La Plata - La Plata**
Medio de transporte: aéreo, terrestre, fluvial:				**Terrestre**
Dia 2	**14**	**4**	**2026**	
Desplazamiento ruta de ida:				**La Plata - C.P. Belen, La Plata**
Medio de transporte: aéreo, terrestre, fluvial:				**Terrestre**
Actividades a ejecutar:				
14	**HORA: 05:00 AM**	Desplazamiento desde el municipio de La Plata al Centro de Poblado Belen, La Plata.		
	HORA: 06:00 AM	Llamar asistencia y exploración inicial de componentes comunicativos en salud		
	HORA: 06:00 AM	Impartir formación profesional integral al programa de formación Técnico en Contabilización de operaciones comerciales y financieras ficha 3432439. RAP Describir a nivel básico, de forma oral y escrita en inglés personas, situaciones y lugares de acuerdo con sus costumbres y experiencias de vida		
	HORA: 06:00 PM	Desplazamiento desde el Centro de Poblado Belen, La Plata al municipio de La Plata.		
Desplazamiento ruta de regreso:				**C.P. Belen, La Plata - La Plata**
Medio de transporte: aéreo, terrestre, fluvial:				**Terrestre**
Dia 3	**23**	**4**	**2026**	
Desplazamiento ruta de ida:				**La Plata - C.P. Belen, La Plata**
Medio de transporte: aéreo, terrestre, fluvial:				**Terrestre**
Actividades a ejecutar:				
23	**HORA: 05:00 AM**	Desplazamiento desde el municipio de La Plata al Centro de Poblado Belen, La Plata.		
	HORA: 06:00 AM	Llamar asistencia y exploración inicial de componentes comunicativos en salud		
	HORA: 06:00 AM	Impartir formación profesional integral al programa de formación Técnico en Contabilización de operaciones comerciales y financieras ficha 3432439. RAP Describir a nivel básico, de forma oral y escrita en inglés personas, situaciones y lugares de acuerdo con sus costumbres y experiencias de vida		
	HORA: 06:00 PM	Desplazamiento desde el Centro de Poblado Belen, La Plata al municipio de La Plata.		
Desplazamiento ruta de regreso:				**C.P. Belen, La Plata - La Plata**
Medio de transporte: aéreo, terrestre, fluvial:				**Terrestre**
Dia 4	**30**	**4**	**2026**	
Desplazamiento ruta de ida:				**La Plata - C.P. Belen, La Plata**
Medio de transporte: aéreo, terrestre, fluvial:				**Terrestre**
Actividades a ejecutar:				
30	**HORA: 05:00 AM**	Desplazamiento desde el municipio de La Plata al Centro de Poblado Belen, La Plata.		
	HORA: 06:00 AM	Llamar asistencia y exploración inicial de componentes comunicativos en salud		
	HORA: 06:00 AM	Impartir formación profesional integral al programa de formación Técnico en Contabilización de operaciones comerciales y financieras ficha 3432439. RAP Participar en intercambios conversacionales básicos en forma oral y escrita en inglés en diferentes situaciones sociales tanto en la cotidianidad como en experiencias pasadas.		
	HORA: 06:00 PM	Desplazamiento desde el Centro de Poblado Belen, La Plata al municipio de La Plata.		
Desplazamiento ruta de regreso:				**C.P. Belen, La Plata - La Plata**
Medio de transporte: aéreo, terrestre, fluvial:				**Terrestre**

Observaciones:	
Se liquidan gastos de transporte entre terminales aéreas por valor de	**$ 0**
Se liquidan gastos de transporte entre terminales terrestre por valor de	**$ 0**
Se liquidan gastos de transporte intermunicipal por valor de	**$ 124.000**
CDP:	3426 del 8 de enero de 2026
Cuenta Bancaria:	**No.** 0550488432664248 **BANCO:** Davivienda **TIPO CUENTA:** Ahorros
Honorarios:	$ 4.737.497

DESTINO	TARIFA (A-B-C)	VALOR VIATICOS DIARIO	DIAS	TOTAL VIATICOS	TRANSPORTE TERRESTRE	ENTRE TERMINALES	TOTAL A PAGAR
Centro de Poblado Belen, La Plata	C	$ 235.178	0,5	$ 0	$ 31.000	$ 0	$ 31.000
Centro de Poblado Belen, La Plata	C	$ 235.178	0,5	$ 0	$ 31.000	$ 0	$ 31.000
Centro de Poblado Belen, La Plata	C	$ 235.178	0,5	$ 0	$ 31.000	$ 0	$ 31.000
Centro de Poblado Belen, La Plata	C	$ 235.178	0,5	$ 0	$ 31.000	$ 0	$ 31.000
TOTAL				**$ 0**	**$ 124.000**	**$ 0**	**$ 124.000**

FIRMA ORDENADOR DE GASTO:	FIRMA SUPERVISOR DEL CONTRATO :	FIRMA DEL CONTRATISTA:
Firmado digitalmente por DIEGO FERNANDO VILLALBA ARTUNDUAGA Fecha: 2026.03.18 17:39:20 -05'00'	Firmado digitalmente por Greicy Lorena Bernal Serrato	Esneider Mendez Rodriguez
Nombres y Apellidos: Diego Fernando Villalba Artunduaga	**Nombres y Apellidos: Greicy Lorena Bernal Serrato**	
Cargo: Subdirector (e)	**Cargo: Coordinadora Académica**	**Nombres y Apellidos: ESNEIDER MENDEZ RODRÍGUEZ**

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA: La Plata, Huila 05 de mayo del 2026

PRESENTADO A: Paula Carolina Clavijo Suárez – subdirectora (e)

ORDEN DE VIAJE No:	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
21326	**09/04/2026**	**30/04/2026**
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA: (ciudad)**
La Plata- C.P. Belén, La Plata – La Plata.	Huila / Centro de Desarrollo de Agroempresarial y Turístico del Huila	C.P. Belén, La Plata

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO:
IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL AL PROGRAMA DE FORMACION TECNICO EN CONTABILIZACION DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS FICHA 3432439

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. Alistamiento del ambiente de formación y llamado de asistencia
2. Impartir formación académica relacionada con Idiomas.
3. Guiar en la realización de proyectos y actividades de formación.
4. Evaluar los resultados de aprendizaje conforme a la indicación contractual.
5. Retroalimentar las temáticas impartidas y evaluadas**.**

RESULTADOS:

1. 02 DESCRIBIR A NIVEL BÁSICO, DE FORMA ORAL Y ESCRITA EN INGLÉS PERSONAS, SITUACIONES Y LUGARES DE ACUERDO CON SUS COSTUMBRES Y EXPERIENCIAS DE VIDA.

EVIDENCIAS O SOPORTES: **Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe**







Notas de desplazamiento:

DESTINO	TARIFA (A-B-C)	VALOR VIÁTICOS DIARIO	DÍAS	TOTAL, VIÁTICOS	TRANSPORTE TERRESTRE	ENTRE TERMINALES TERRESTRES	TRANSPORTE AÉREO	ENTRE TERMINALES AÉREAS	TOTAL, ANTICIPO A PAGAR
C.P. Belén, La Plata	C	$ 235.178	0,5 0,5 0,5 0,5	0	$ 31,000	$ 0	$ 0	$ 0	124,000
TOTAL					**$ 31,000**				$ 124,000

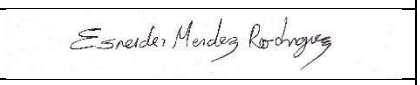
COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
1. Impartir formación académica relacionada con Idiomas	**ESNEIDER MENDEZ RODRIGUEZ INSTRUCTOR**	**Del 9 al 30 de abril, 2026**

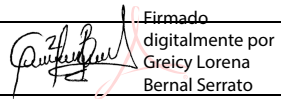
2. Evaluar los resultados de aprendizaje conforme a la indicación contractual.	**ESNEIDER MENDEZ RODRIGUEZ INSTRUCTOR**	**Del 9 al 30 de abril, 2026**

CONCLUSIÓNES:

1. La comunicación e interacción en lengua ingles contribuye al desarrollo del cerebro e intelecto.

2. La retroalimentación es fundamental en el proceso de enseñanza y aprendizaje ya que ayuda a internalizar de manera efectiva lo aprendido.

DATOS DEL CONTRATISTA	
NOMBRE Y APELLIDO	**FIRMA**
ESNEIDER MENDEZ RODRIGUEZ	

VISTO BUENO SUPERVISOR		
CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
Coordinadora Académica	Greicy Lorena Bernal Serrato	 Firmado digitalmente por Greicy Lorena Bernal Serrato



COOTRANSPLATEÑA
NIT. 800.175.611 - 3
Cooperativa de Transportadores de La Plata Ltda.

TIQUETE DE TRANSPORTE PASAJEROS 237689

Fecha: Día 9 Mes 04 Año 26
Origen: La plata
Destino: Belen
Hora Salida: 7:00 ~~AM~~ PM
Nombre del Pasajero: Esneider
Placas
Valor Total Pasaje $ 15,500

COOTRANSPLATEÑA
NIT. 800.175.611 - 3
Cooperativa de Transportadores de La Plata Ltda.

TIQUETE DE TRANSPORTE PASAJEROS 269678

Fecha: Día 4 Mes 4 Año 2026
Origen: C.P Belen
Destino: La Plata
Hora Salida: 3:00 AM ~~PM~~
Nombre del Pasajero: Esneider Mendez
Placas
Valor Total Pasaje $ 15,500

COOTRANSPLATEÑA
NIT. 800.175.611 - 3
Cooperativa de Transportadores de La Plata Ltda.

TIQUETE DE TRANSPORTE PASAJEROS 214321

Fecha: Día 14 Mes 04 Año 26
Origen: La Plata
Destino: C.P Belen
Hora Salida: 7:00 ~~AM~~ PM
Nombre del Pasajero: Esneider Men
Placas
Valor Total Pasaje $ 15,500

COOTRANSPLATEÑA
NIT. 800.175.611 - 3
Cooperativa de Transportadores de La Plata Ltda.

TIQUETE DE TRANSPORTE PASAJEROS 675645

Fecha: Día 14 Mes 04 Año 26
Origen: C.P. Belen
Destino: la Plata
Hora Salida: 3:00 AM ~~PM~~
Nombre del Pasajero: Esneider M.
Placas
Valor Total Pasaje $ 15,500

COOTRANSPLATEÑA
NIT. 800.175.611 - 3
Cooperativa de Transportadores de La Plata Ltda.

TIQUETE DE TRANSPORTE PASAJEROS 987612

Fecha: Día 23 Mes 04 Año 26
Origen: La plata
Destino: belen
Hora Salida: 7:00 am AM PM
Nombre del Pasajero: Esneider
Placas
Valor Total Pasaje $ 15,500

COOTRANSPLATEÑA
NIT. 800.175.611 - 3
Cooperativa de Transportadores de La Plata Ltda.

TIQUETE DE TRANSPORTE PASAJEROS 996723

Fecha: Día 23 Mes 04 Año 26
Origen: Cerro Belen
Destino: La plata
Hora Salida: 2:00 pm AM PM
Nombre del Pasajero: Esneider Mendez.
Placas
Valor Total Pasaje $ 15,500

COOTRANSPLATEÑA
NIT. 800.175.611 - 3
Cooperativa de Transportadores de La Plata Ltda.

TIQUETE DE TRANSPORTE PASAJEROS 961256

Fecha: Día 30 Mes 4 Año 2026
Origen: La Plata
Destino: Belen
Hora Salida: 7:00 am AM PM
Nombre del Pasajoro: Esneider Mendez
Placas
Valor Total Pasaje $ 15,500

COOTRANSPLATEÑA
NIT. 800.175.611 - 3
Cooperativa de Transportadores de La Plata Ltda.

TIQUETE DE TRANSPORTE PASAJEROS 943467

Fecha: Día 30 Mes 4 Año 2026
Origen: C.P Belen
Destino: La Plata
Hora Salida: 3:00 pm AM PM
Nombre del Pasajero: Esneider.
Placas
Valor Total Pasaje $ 15,500

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

SENA - CFP 419526
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 41-1-2026-002465
10/03/2026 11:37:49 a. m.
Destinatario:

Bogotá, 9 de marzo de 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad, La Plata – Huila

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.	**1.215.969.111**	**Emmanuel Méndez Angarita**	**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: Esneider Méndez Rodríguez
C.C. 1.117.519.962

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.216.969.111

Indicativo Serial 57838279

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E 0 J

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

REGISTRADURIA DE FLORENCIA MEDILASER CLINICA - COLOMBIA - CAQUETA -

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MENDEZ	ANGARITA

Nombre(s)

EMMANUEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2018 Mes OCT Día 07	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA CAQUETA FLORENCIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	14780747-1

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

ANGARITA CARRILLO MARYELI

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.077.865.931	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

MENDEZ RODRIGUEZ ESNEIDER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.117.519.962	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ANGARITA CARRILLO MARYELI

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.077.865.931	

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 2018 Mes OCT Día 09

Nombre y firma del funcionario que autoriza

NOHORA ISABEL IBEYA ARIAS, REG

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Esneider Mendez Rodriguez

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimien

Nombre y firma

Scanned with ACE Scanner