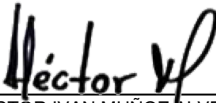
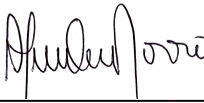


 <div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional		19	
	REGIONAL CAUCA		Código Centro		930710	
	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL CAUCA		Fecha Elaboración		Julio de 2026	
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión		ENERO - 1.26	
				ID de Proceso	53479-975321	
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos: HECTOR IVAN MUÑOZ ALVEAR		Banco a consignar: BANCOLOMBIA				
Cédula de Ciudadanía 1.061.691.979		Tipo de cuenta: AHORROS				
Correo electrónico: hector11159@gmail.com		Número de Cuenta: 91214828753				
IP/Nº de contacto: 3163428763		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 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:		Honorarios profesionales a persona NO declarante de renta				
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.		0,00%				
DATOS DEL CONTRATO						
Nº del contrato: 9134147/2026		Nº Compromiso SIIF 25926		Número de pagos durante la vigencia del contrato 11		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		930710-0303Instructor. Prestar servicios profesionales como Instructor (a) para desarrollar actividades propias de la Formación Profesional Integral EN ETAPA LECTIVA Y/O PRODUCTIVA DEPENDIENDO DE LA PROGRAMACION ASIGNADA Y NECESIDAD DEL CENTRO, mediante la orientación y ejecución de procesos formativos presenciales y/o a distancia, virtuales y/o				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del 01/07/2026		Al 31/07/2026		Saldo Anterior del Contrato: \$ 25.266.651		
Número de pago 6				Valor Total del Contrato: \$ 48.954.136		
Valor Bruto Pago: \$ 4.737.497,00				Nuevo Saldo del Contrato: \$ 20.529.154		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios \$ 4.737.497		Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas		0,00%		
Ingresos por comisiones \$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 4.737.497				\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.785.747		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Julio	Junio	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.785.747,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	9507202175	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.737.497,00	
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 - 8551 - POPAYAN	9.475,00	0,200%
		\$			0,00	0%
		\$			0,00	0%
		\$			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		\$ 473.750		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta \$ 837.984		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% \$37.927.505		\$ 928.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 4.640.000				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente \$				VALOR A PAGAR	\$4.728.022,00	
SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS VEINTIOCHO MIL VEINTIDOS PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Impartir FPI en el programa de COORDINACION DE PROCESOS LOGISTICOS Fichas: 3118577 - 3118361 - 3134572						
Comp1: Calcular costos de operación de acuerdo con métodos/Rap: Valorar el comportamiento de los costos logísticos según indicadores d						
Comp2: Controlar los procesos de importación y exportación según normativa/Rap: Validar la operación importación o exportación de acue						
Comp3: Supervisar la prestación de los procesos de negocio según modelo de gestión/Rap: Reportar resultados del plan de operación logi						
Comp4: Elaborar el plan de compras según métodos de programación/Rap: Validar el plan de compras teniendo en cuenta la normativ						
Desde el 01 al 31 de junio del 2026 según RMI en Sofía Plus						
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						
			HECTOR IVAN MUÑOZ ALVEAR EL CONTRATISTA			
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO						
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Firmado digitalmente por Ada Lorena Ceron Rosero			
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 periodo de cobro;			Fecha: 2026.07.22			
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.			09:11:18 -05'00'			
			ADA LORENA CERON ROSERO INSTRUCTOR G20			
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 HENRY ARMANDO MORALES FERNANDEZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02						

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1061691979		MUÑOZ ALVEAR HECTOR IVAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 9 Nro 73AN - 25	POPAYAN-CAUCA	3163428763	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-06	2026-06	472497640	9507202175	I	2026/07/21	2026/07/14	BANCOLOMBIA	\$550,000

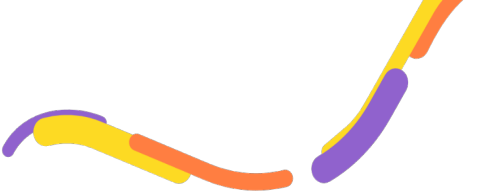
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES								
No.	Identificación		Nombre		ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes		
1	CC	1061691979	MUÑOZ ALVEAR HECTOR IVAN																			230301	30	\$1,895,000	\$303,200	EPS005	30	\$1,895,000	\$236,900		0		\$0	\$0	14-23	30	\$1,895,000	\$9,900	0		\$0	\$0	No	\$550,000
Total		Afiliados(1)																					\$1,895,000	\$303,200			\$1,895,000	\$236,900			\$0	\$0			\$1,895,000	\$9,900			\$0	\$0			\$550,000	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1061691979		MUÑOZ ALVEAR HECTOR IVAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 9 Nro 73AN - 25	POPAYAN-CAUCA	3163428763	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	472497640	9507202175	I	2026/07/21	2026/07/14	BANCOLOMBIA	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	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	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	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$236,900	\$0	\$0	\$236,900	
TOTAL				1	\$550,000	\$0	\$0	\$550,000	



Comprobante en línea
Pago PSE

11 Jul 2026 12:20



Pago exitoso
CUS 472497640

Comercio
APORTES EN LINEA

Referencia 1
186.117.160.32

Fecha
11 Jul 2026 12:20

Referencia 2
CC

Número de factura
9507202175

Referencia 3
1061691979

Descripción del pago
**Pago de la Planilla de aportes con
clave 9507202175**

Valor del Pago
\$550.000

Número de comprobante
TR260711122048VluDg6

Costo de la transacción
\$ 0

Producto origen
Cuenta de ahorros
****** 8753**



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

POPAYAN, 19 de marzo del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
POPAYAN

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:

TI	1061802335	Miguel Angel Muñoz Cajas	Hijo(a)
----	------------	--------------------------	---------

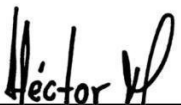
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



HECTOR IVAN MUÑOZ ALVEAR
C.C. 1061691979

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.061.802.335**

MUÑOZ CAJAS

APELLIDOS

MIGUEL ANGEL

NOMBRES

Miguel A. Muñoz

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO

21-JUL-2015

POPAYAN
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

21-JUL-2033

FECHA DE VENCIMIENTO

A+

G S RH

M

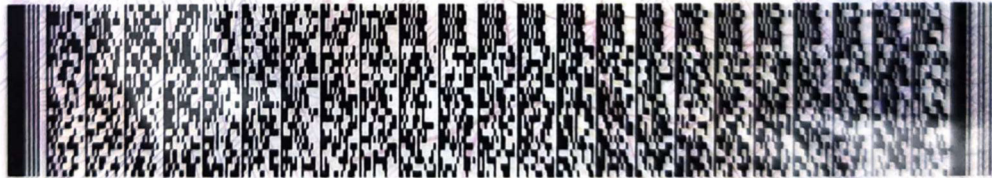
SEXO

28-OCT-2022 POPAYAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Alexander Vega Rocha
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA-ROCHA

ÍNDICE DERECHO



P-1100150-01331923-M-1061802335-20221201

0091886591A 2

8506180293



REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 0347193

NUIP 1.061.802.335

Tipo de certificado

Datos Esenciales ☐

Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

MUNOZ CAJAS MIGUEL ANGEL

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)

Sexo (en letras)

Tipo Sanguíneo

Año 2 0 1 5 Mes J U L Día 2 1 MASCULINO A +

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

COLOMBIA CAUCA POPAYAN

Fecha de Inscripción (Mes en letras)

Indicativo serial

Año 2 0 1 5 Mes J U L Día 2 9 0054998317

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

CAJAS BERMEO SANDRA MARIXA

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 34.329.894

COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

MUNOZ ALVEAR HECTOR IVAN

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 1.061.691.979

COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

MUNOZ ALVEAR HECTOR IVAN

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.061.691.979

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio

Código

COLOMBIA CAUCA POPAYAN

F Z F

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Nombre y firma del funcionario

Año 2 0 1 5 Mes J U L Día 2 9

ROSANGELA ESTUPINAN CALVACHE
Registrador del Estado Civil

