FORMATO PARA LIQUIDACION PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACION DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL HUILA
CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO SOSTENIBLE SURCOLOMBIANO
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Codigo Regional	41
Codigo Centro	952810
Fecha Elaboracion	Octubre de 2026
Version	ENERO - 1
ID de Proceso	30012-230076

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LUIS MIGUEL MENDEZ GALINDO	**Banco a consignar:**	BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía	1.083.903.901	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	lmmendez@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	0882135841
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 IVA	**Es declarante de renta por el año gravable 2025**	SI

¿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:	**9076316/2026**	**Nº Compromiso SIIF**	**16026**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	**11**
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, EN ACTIVIDADES DE INSTRUCTOR DEL ÁREA BILINGUISMO/INGLES, IMPARTIENDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA Y SEGUIMIENTO ETAPA PRODUCTIVA, EN EL CGDSS.				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2026**	**Al**	**31/10/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 9.948.744
Número de pago	9			**Valor Total del Contrato:**	$ 47.374.970
Valor Bruto Pago:	$ 4.737.497			**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 5.211.247

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas de trabajo	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retención 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

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

	Octubre	Septiembre			TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicacion pago SS	----------	38533778	Base retencion en la fuente a titulo de RENTA	2.785.747,00	
Ingreso Base de Cotizacion - IBC	$ 1.894.999	$ 1.894.999	Base retencion en la fuente a titulo de ICA	4.737.497,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 236.900	$ 236.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pension	$ 303.200	$ 303.200	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ -	Menos Retencion en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	$ 9.900	$ 9.900	Menos Retencion IVA	0,00	15%
	$ -	0	Reteica - 8523 - PITALITO	28.425,00	0,600%
	$ -	0		0,00	0%
	$ -	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.	$ 7.729.000		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retencion en la Fuente Contingente			**VALOR A PAGAR**	**$ 4.709.072,00**	

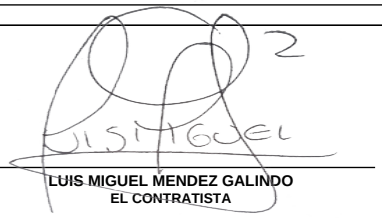
SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS NUEVE MIL SETENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

3409954 TECNICO EN ASISTENCI EN ORGANIZACION DE ARCHIVO
3225901 G. ADMINISTRATIVA
3447193 TECNICO EN INSTERPRETACION DE INSTRUMENTOS MUSICALES
3488730 O. COMERCIO EXTERIOR
3453974 ASISTENCIA ADMINISTRATIVA
3488746 G. ADMINISTRATIVA
3518069 G. ADMINISTRATIVA
3532840 SERVICIO FARMACEUTICOS

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 suministrada es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.



LUIS MIGUEL MENDEZ GALINDO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,



OSBEIN VALENZUELA CARRILLO
PROFESIONAL G08

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:
ORDENADOR DEL GASTO
GABRIEL FERNANDO TORRES PRIETO
PROFESIONAL G04

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	LUIS MENDEZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-1083903901
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-10-19
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-10-02
FECHA DE PAGO:	2026-10-19
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2026-09
PERÍODO SALUD:	2026-09
NÚMERO PLANILLA:	38533778
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	38533778
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	$ 1.895.000	$ 0	$ 0	$ 3.000	$ 236.900	$ 239.900
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 1.895.000	$ 0	$ 0	$ 3.800	$ 303.200	$ 307.000
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.895.000	$ 0	$ 0	$ 200	$ 9.900	$ 10.100
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 7.000	$ 550.000	$ 557.000

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	04/11/2026

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de seguridad Social Integrado

Tienda
ASOPAGOS

Estado de la transacción
Transacción éxitosa

Fecha de la transacción
19 de octubre de 2026 a las 12:58 p. m.

CUS
753914816

Referencia Nequi
M10700358

¿Cuánto?
$ 557.000,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 1
10.10.11.80

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
1083903901

Factura de comercio
38533778

Tu plata salió de:



Disponible

PROCESO		
GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
NOMBRE DEL FORMATO		
FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS		
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN		
Pública [X]	Pública Clasificada [ ]	Pública Reservada [ ]

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

SENA - CFP 419528
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 41-1-2026-001478
16/02/2026 10:11:18 a. m.
Destinatario: _____

Pitalito, 16 de febrero de 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

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:

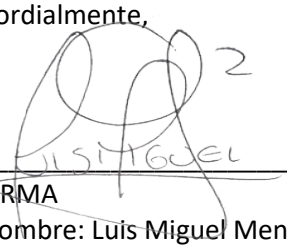
NUIP - NIP	**1080938933**	**MARTIN MENDEZ MORA**	**HIJO**

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: Luis Miguel Mendez
C.C. 1.083.903.901

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.080.938.933

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63556383

63556383

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** L C P

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

REGISTRADURIA DE TIMANA - COLOMBIA - HUILA - TIMANA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MENDEZ	MORA

Nombre(s)

MARTIN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes AGO Día 23	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA PITALITO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	220838100533084

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

MORA LOSADA MAIRA ALEJANDRA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.080.935.477	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

MENDEZ GALINDO LUIS MIGUEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.083.903.901	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MENDEZ GALINDO LUIS MIGUEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.083.903.901	

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 2022 Mes AGO Día 23	LUIS EDUARD[illegible] DAZA REG
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Escaneado con Scanner App Lite