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 GUAVIARE

CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL, TURISMO Y TECNOLOGICO DEL GUAVIARE

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

Código Regional	**95**
Código Centro	**953310**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**44813-597036**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MIGUEL ANGEL CERON GRANADOS	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	80.206.143	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	macgran21@gmail.com	**Número de Cuenta:**	82800021754
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**	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:	9110738/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**9126**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES TEMPORAL, PARA ORIENTAR FPI PRESENCIAL Y/O VIRTUAL, TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA PROGRAMAS REGULAR, CAMPESENA Y/O E. POPULAR RED CONOCIMIENTO PECUARIA QUE IMPARTE EL CDATTG. RDO.CPE NO. 95-9-2026-000283.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**26/01/2026**	**Al**	**31/01/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 58.600.949
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 58.600.949
Valor Bruto Pago:			**$ 915.640,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 57.685.309

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 915.640	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 915.640**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 372.276**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Enero	Diciembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**82513772**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.108.907	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 138.700	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 177.500	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 11.600	$ 0
		$	
		$	
		$	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 91.564	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 41.375.460	$ 124.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	372.276,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
Pro-Univesidad de la Amazonia	4.578,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$911.062,00**	

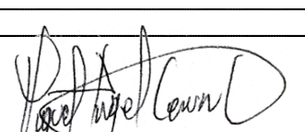
SON: NOVECIENTOS ONCE MIL SESENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Actividades de concertacion y alistamiento para la formacion

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



MIGUEL ANGEL CERON GRANADOS
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 YONATHAN VILLAMIZAR CLAVIJO
INSTRUCTOR G10

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
EDGAR AUGUSTO BRAGA SILVA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

13/02/26 16:20:24 USUARIO: SIC - C.C. 80206143

CERTIFICA QUE:

El(La) señor(a) MIGUEL ANGEL CERON GRANADOS identificado con CC 80206143 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios:	01/07/2024
IPS Cotizante:	HOSPITAL I NIVEL ALBERT SCHWEITZER
Categoría:	COTIZANTE
Estado:	ACTIVO

La presente solicitud se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá QUIEN INTERESE , a los 9 días del mes de enero del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-12-15, 03:24:45 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 82394904

Periodo Cotización: diciembre de 2025 **Periodo Servicio:** diciembre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8909937946

PAGADO 15/12/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MIGUEL ANGEL CERON GRANADOS		
Documento	CC80206143	**Dirección**	CR 24 #24 - 66
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	5842038
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SAN JOSE DEL GUAVIARE	**Departamento**	GUAVIARE
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 80206143	MIGUEL ANGEL CERON GRANADOS	59	00		X															0	12	12	12	0	(230301) PORVENIR	$ 569.400	$ 91.200	(EPS037) NUEVA EPS	$ 569.400	$ 71.200	1,044	$ 569.400	$ 6.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 168.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 569.400	$ 569.400	$ 569.400	$ 0	$ 91.200	$ 71.200	$ 6.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 168.400	$ 0	$ 168.400

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-12-22, 02:19:20 PM **Tipo Planilla:** N: PLANILLA CORRECCIONES **Numéro Planilla:** 82513772

Nro Planilla Corregida: 82394904 **Periodo Cotización:** diciembre de 2025 **Periodo Servicio:** diciembre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8909965854

PAGADO 22/12/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MIGUEL ANGEL CERON GRANADOS		
Documento	CC80206143	**Dirección**	CR 24 #24 - 66
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	5842038
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SAN JOSE DEL GUAVIARE	**Departamento**	GUAVIARE
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 80206143	MIGUEL ANGEL CERON GRANADOS	59	00		X							A								0	12	12	12	0	(230301) PORVENIR	$ 569.400	$ 91.200	(EPS037) NUEVA EPS	$ 569.400	$ 71.200	1,044	$ 569.400	$ 6.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 168.400
CC 80206143	MIGUEL ANGEL CERON GRANADOS	59	00									C								0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS037) NUEVA EPS	$ 1.423.500	$ 178.000	1,044	$ 1.423.500	$ 14.900	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 420.700

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 854.100	$ 854.100	$ 854.100	$ 0	$ 136.600	$ 106.800	$ 8.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 252.300	$ 0	$ 252.300

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141158253724

(415)7707212489984(8020) 000014115825372 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 2 0 6 1 4 3	1	Delegada de Imp y Aduanas de San José de Guaviare 7 8	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	8 0 2 0 6 1 4 3	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CERON	GRANADOS	MIGUEL	ANGEL

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Guaviare 9 5	San José del Guaviare 0 0 1

41. Dirección principal: CRA 20 8 20 EL PORVENIR

42. Correo electrónico: macgran21@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 5 6 9 0 3 0 2 7	

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 4 1	2 0 2 1 0 1 1 8	8 5 2 3	2 0 2 1 0 1 1 8				2 2 2 5	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 CERON GRANADOS MIGUEL ANGEL

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

SAN JOSE DEL GUAVIARE, 26 de Enero del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
SAN JOSE DEL GUAVIARE

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:

RC	1020773385	AVRIL CERON VIVAS	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,



MIGUEL ANGEL CERON GRANADOS
C.C. 80206143

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.020.773.385

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 44336400

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
X						4 6 5

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

REGISTRADURIA DE USAQUEN BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOT

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CERON	VIVAS

Nombre(s)

AVRIL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2 0 1 0 Mes A G O Día 0 2	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	103681843

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

VIVAS CANAS DIANA PAOLA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 52.955.063	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CERON GRANADOS MIGUEL ANGEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 80.206.143	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CERON GRANADOS MIGUEL ANGEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 80.206.143	

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 2 0 1 0 Mes A G O Día 0 9	GUILLERMO MARTINEZ MARTINEZ - REG
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110