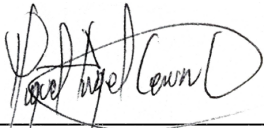


<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional	95
	REGIONAL GUAVIARE		Código Centro	953310
	CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL, TURISMO Y TECNOLOGICO DEL GUAVIARE		Fecha Elaboración	Febrero de 2026
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO - 1,26
			ID de Proceso	28856-570640
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?				
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600				
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)				
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?				
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: (Descripción 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 01/02/2026	Al 28/02/2026	Saldo Anterior del Contrato:		\$ 57.685.309
Número de pago 2		Valor Total del Contrato:		\$ 58.600.949
Valor Bruto Pago:	\$ 5.493.839,00	Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 52.191.470
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 5.493.839		Ninguno		0,00%
Ingresos por comisiones \$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 5.493.839				\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 3.221.055		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 título de RENTA 3.221.055,00
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	9500275233	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 2.197.536	\$ 1.108.907	Base retención en la fuente a título de ICA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 274.700	\$ 138.700	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 351.700	\$ 177.500	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
ARL II		\$ 23.000	\$ 11.600	Menos Retencion IVA 0,00 15%
		\$ -	\$ -	Reteica - 8299 0,00 0,000%
		\$ -	\$ -	- 0,00 0,000%
		\$ -	\$ -	- 0,00 0,000%
		\$ -	\$ -	- 0,00 0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -	\$ -	- 0,00 0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -	\$ -	Pro-Univesidad de la Amazonia 27.469,00 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		\$ 549.384	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%
Salud hasta \$ 837.984		\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25% \$41.375.460		\$ 1.074.000	\$ -	0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 124.000		\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Retención en la Fuente Contingente \$		\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR \$5.466.370,00
SON: CINCO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Formacion ficha 3405923 Tecnologo en Produccion Agropecuaria Ecológica				
Formacion ficha 3446672 Manejo Sanitario de Granja Porcicola				
Formacion Virtual ficha 3335770 Tecnologo en Gestion Agroempresarial				
Apoyo a induccion de aprendices, alistamiento, concertacion de 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		<div></div> <div>MIGUEL ANGEL CERON GRANADOS EL CONTRATISTA</div>		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:		Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
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.				
		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)				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80206143		CERON GRANADOS MIGUEL ANGEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	SANTO DOMINGO	SAN JOSE DEL GUAVIARE- GUAVIARE	5840851	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	86071599	9500275233	I	2026/02/11	2026/02/24	BANCOLOMBIA		\$106,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte		
1	CC	80206143	CERON GRANADOS MIGUEL ANGEL	230301	5	\$355,589	\$56,900	EPS037	5	\$355,589	\$44,500		0	\$0	\$0	14-23	5	\$355,589	\$3,800	0	\$0	\$0		
Total Afiliados(1)						\$355,589	\$56,900			\$355,589	\$44,500			\$0	\$0			\$355,589	\$3,800		\$0	\$0		

RESUMEN DE PAGO							
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$56,900	\$0	\$57,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$56,900	\$0	\$57,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$3,800	\$0	\$3,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$3,800	\$0	\$3,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$44,500	\$0	\$44,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$44,500	\$0	\$44,900
TOTAL				1	\$105,200	\$0	\$106,200



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 1.020.773.395

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
--	----------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	--	--	--------

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

REGISTRADURIA DE USAGUEN BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOT

Datos del inscrito

Primer Apellido CERON				Segundo Apellido VIVAS			
Nombre(s)							
AVRIL							
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo	
Año	2	0	1	Mes	A	G	O
Día	0	2	FEMENINO		POSITIVO		
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)							
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.							

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

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos VIVAS CANAS DIANA PAOLA	
Documento de identificación (Clase y número) CC 52.955.063	Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos CERON GRANADOS MIGUEL ANGEL	
Documento de identificación (Clase y número) CC 80.206.143	Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos CERON GRANADOS MIGUEL ANGEL	
Documento de identificación (Clase y número) CC 80.206.143	Firma

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

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -