



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 CESAR

CENTRO AGOREMPRESARIAL-CESAR

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

Código Regional	20
Código Centro	952010
Fecha Elaboración	Mayo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	23321-254678

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	JEANCARLOS RAMIREZ GALLARDO	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.065.898.257	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	jcramirez752@misena.edu.co	Número de Cuenta:	0550067300067757
IP/Nº de contacto:	0	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:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

**DATOS DEL CONTRATO**

Nº del contrato:	9251619/2026	Nº Compromiso SIIF	25226	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	GEST Y APOYO ADM: PRESTAR LOS SERVICIOS LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PROMOVER EL DEPORTE, LA ACT FÍSICA Y EL APROV DEL TIEMPO LIBRE DE APREND EN EL MARCO DEL PNB CENTRO AGROEMP Y SUS SEDES REG CESAR CEP.20-9-2026-000770				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 19.200.000
Número de pago	4			Valor Total del Contrato:	\$ 26.160.000
Valor Bruto Pago:	\$ 2.400.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 16.800.000

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Ingresos por honorarios	\$ 2.400.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 2.400.000</b>		\$ 0
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 1.238.700</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Mayo	Abril		
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	8640768818	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.238.700,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 218.900	\$ 218.900	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 280.200	\$ 280.200	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	\$ 9.200	\$ 9.200	Menos Retencion IVA	0,00 15%
	\$		Reteica - 8299 - AGUACHICA	0,00 0,000%
	\$			0,00 0%
	\$			0,00 0%
	\$			0,00 0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Pro-Universidad	12.000,00 0,500%
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	\$ 240.000		Otras Retenciones	0,00 0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -		0,00
Renta Exenta 25%	\$ 37.927.505	\$ 413.000	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 1.185.000		<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$2.388.000,00</b>
Retención en la Fuente Contingente	\$			

**SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Cronograma de actividades mes de mayo.
Asistencia al gimnasio. Pausas actividades fichas de la jornada, tarde y noche.
Campeonato interno de voleibol 3313663 - 3408931 - 3408940 - 3223869 - 3169586 - 3313673 - 3313820 - 3408939.
Jornada de aerobicos.
Gestión de préstamo de la cancha multifuncional en el barrio San Martin.
Jornada de juegos para trabajo en equipo.
Subir al aplicativo sofia plus aprendices que participaron en cada evento del mes de Mayo.
Reunión para programar actividades del mes de mayo. Bienestar al aprendiz.

**PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:**  
 1. Cumpli 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

**JEANCARLOS RAMIREZ GALLARDO**  
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 periodo 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,

**EIDA ESNEDA ARCE QUINTERO**  
PROFESIONAL G02

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**  
**ORLANDO ANTONIO AGUILAR QUINTERO**  
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)



Nit: 63551866-1

# PAGOS ONLINE.NET

PAGOS SEGUROS EN LINEA

Operador PILA: ASOPAGOS y SOI  
Impuestos Departamentales de Vehículos  
Seguridad Social y Parafiscales  
Facturas Nacionales y Servicios locales



Pagos de facturas y servicios



Recargas en línea



Departamental y Municipal

**Su transacción ha sido realizada exitosamente.**

Fecha	27/04/2026 05:07:51 PM
Forma de pago	Efectivo / Recaudo Electrónico PSE
Caja # / Sucursal	02 / Aguachica
Periodo Cotización	Abril de 2026
Número Transacción	64
Estado	RECIBIDO

**La Autoliquidación Integrada contiene los siguientes datos:**

Cotizante	JEANCARLOS RAMIREZ GALLARDO
Doc. Identificación	CC - 1065898257
Número Control Interno	2026- 00306047
Numero Planilla Asopagos	8640768818
Tipo Cotizante	Independiente

TIPO	CODIGO	EMPRESA	BASE	INTERES	SUBTOTAL
EPS	EPS005	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	\$ 218.900		\$ 218.900
ARP	14-23	ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	\$ 9.300		\$ 9.300
AFP	230301	PORVENIR	\$ 280.900		\$ 280.900
Costos de Recaudo					\$ 6.500
Total a pagar					\$ 515.600

OVEDADES										
ING	FECHA ING	RET	FECHA RET	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC



**Observaciones:** Operador de Recaudo: Banco Colpatria, Occidente y Davivienda; Pagos realizados después de 3:00 p.m. y fines de semana con certificados en corte del día hábil siguiente. Para aclarar pagos ante la EPS, descargue el certificado de Aportes de la página [www.asopagos.com](http://www.asopagos.com) \* **Si requiere Factura Electrónica por los costos de recaudo, enviar copia del RUT vía WhatsApp.**

**Recuerde:** Debe realizar la respectiva afiliación ante la EPS, pensión y ARL; el pago de la planilla no exime del respectivo proceso de afiliación.

Dirección: Carrera 18 # 4-63 Aguachica, Cesar – 3114163836  
[www.pagos-online.net](http://www.pagos-online.net) – e-mail: [soporte@pagos-online.net](mailto:soporte@pagos-online.net)

Fact: Abril - 2026



## FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

VALLEDUPAR, 2 de Febrero del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)  
VALLEDUPAR

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:

<b>RC</b>	<b>1065923175</b>	<b>ISABELLA RAMIREZ CHAVEZ</b>	<b>Hijo(a)</b>
-----------	-------------------	--------------------------------	----------------

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,

JEANCARLOS RAMIREZ GALLARDO  
C.C. 1065898257

<b>NUIP</b>	<b>1.065.923.175</b>	Tipo de certificado	Datos Esenciales <input type="checkbox"/>	Acreditar Parentesco <input checked="" type="checkbox"/>
-------------	----------------------	---------------------	---	--

**Datos del Inscrito**

Apellidos y Nombres completos: **RAMIREZ CHAVEZ ISABELLA**

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)		Sexo (en letras)		Tipo Sanguíneo	
Año	2019 Mes	001 Día	15 FEMENINO	O +	

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Cotrigimiento e/o Inspección): **COLOMBIA CESAR AGUACHICA**

Fecha de Inscripción (Mes en letras)		Indicativo serial	
Año	2019 Mes	NOV Día	01 0059082370

**Datos de la Madre**

Apellidos y Nombres completos: **CHAVEZ MATEUS KAREN DAYANA**

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
<b>CEDULA DE CIUDADANIA 1.091.660.694</b>	<b>COLOMBIA</b>

**Datos del Padre**

Apellidos y Nombres completos: **RAMIREZ GALLARDO JEANCARLOS**

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
<b>CEDULA DE CIUDADANIA 1.065.898.257</b>	<b>COLOMBIA</b>

**Datos del Solicitante**

Apellidos y Nombres completos: **CHAVEZ MATEUS KAREN DAYANA**

Documento de Identificación (Clase y número)
<b>CEDULA DE CIUDADANIA 1.091.660.694</b>

**Espacio para notas**

.....

.....

.....

**Datos de la oficina de registro que expide el certificado**

País: **COLOMBIA** Municipio: **AGUACHICA**

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)		Nombre y firma del funcionario
Año	2019 Mes	
NOV Día		<b>DIANA MARCELA IBARRA PARRA</b>
01		

Registrador del Estado Civil