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 SANTANDER

CENTRO DE ATENCION SECTOR AGROPECUARIO-SANTANDER

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**912210**
Fecha Elaboración	**18 de Mayo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**22535-849416**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	SANDRA MILENA RAMIREZ CHAUX	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	36.382.120	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ramirezc@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	02072080869
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**	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:	9168843/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**17826**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: SERVICIOS PERSONALES COMO INSTRUCTOR PARA ORIENTAR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL EN EL PROGRAMA DE ARTICULACION CON LA MEDIA DEL CASA SENA REGIONAL SANTANDER AREA AGROINDUSTRIA PL 8 MESES Y 20 DIAS VR MES $4.737.497				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/05/2026 Al 31/05/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 28.740.815
Número de pago	**4**	**Valor Total del Contrato:**	$ 41.058.307
Valor Bruto Pago:	**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 24.003.318

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Ninguno	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	**$ 2.777.847**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Mayo	Abril			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.777.847,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9503366168**	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	II	$ 19.800	$ 19.800	Reteica - 8530 - PIEDECUESTA	14.212,00	0,300%
		$		-	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%	$ 34.479.550	$ 926.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.362.000			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.723.285,00**	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS VEINTITRES MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Grupo 3168221 Agroindustria Alimentaria col Llano Grande competencia APLICAR PROCESO TÉRMICO SEGÚN PROCEDIMIENTO Y NORMAS VIGENTES.
RAP REVISAR LAS CONDICIONES TÉCNICAS E HIGIÉNICAS DE EQUIPOS, UTENSILIOS E INSTALACIONES PARA EL DESARROLLO DE PROCESOS TÉRMICOS
Grupo 3168308 Panificación col Instituto Promoción Social competencia DESPACHAR PRODUCTOS DE ACUERDO CON PROCEDIMIENTO TÉCNICO Y NORMA
RAP ALISTAR EQUIPOS, MATERIAL PRIMA, INSUMOS Y PRODUCTOS DE PANADERÍA PARA DESPACHAR, CONFORME A LOS REQUISITOS DE INOCUIDAD
CALIDAD
Grupo 3456332 Panificación col Instituto Promoción Social competencia Higienizar DECIMO
Rap efectuar operaciones de limpieza y desinfeccion en la planta de produccion de alimentos teniendo en cuenta programa yprocedimiento
Grupo 3465811 Agroindustria Alimentaria col Instituto Promoción Social INDUCCION DECIMO Realizar inducción al aprendiz referente a la profesional integral, la naturaleza del SENA y la proyección socioeconómica

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

SANDRA MILENA RAMIREZ CHAUX
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,

EDWIN GERSON MONTAÑEZ GONZALEZ
INSTRUCTOR

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
ROSA INES BAEZ OVIEDO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

13/05/26 21:23:22 USUARIO: SIC - C.C. 36382120

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

Junio 2025

Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 18 de mayo 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:

T.I.	**1099746807**	**MATHIAS PLATA RAMIREZ**	**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: SANDRA MILENA RAMIREZ CHAUX
C.C. 36382120 LA PLATA HUILA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1099746807

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52861139

52861139

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [02] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código QZD

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PLATA **********	RAMIREZ **********

Nombre(s)

MATHIAS **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes MAR Día 23	Masculino	A	Positivo

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

COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

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

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

RAMIREZ CHAUX SANDRA MILENA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA NRO.36.382.120	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

PLATA QUINTERO CARLOS ERNESTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA NRO. 13.744.821	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PLATA QUINTERO CARLOS ERNESTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA NRO. 13.744.821	

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
**********	

REPÚBLICA DE COLOMBIA Dpto. de Santander Notaría 2 Bucaramanga

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2014 Mes ABR Día 09	SYLVIA STELLA RUGELES DE RUGELES Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPUBLICA DE COLOMBIA
Opto. de Santander
Notaria 2
Bucaramanga

Notaría 2
Bucaramanga

YO,**LUIS ALBARRACIN** , IDENTIFICADO(A),CON CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO,**1.102.774.165,** EN CALIDAD DEL INTERESADO(A) SOLICITO COPIA DEL ACTA DEL REGISTRO CIVIL DE,**MATHIAS PLATA RAMIREZ** ,INSCRITO AL SERIAL,**52861139,** IMPRESION DE LOS DATOS ESPECIFICOS MENCIONADOS EN EL ART. 52 DEC 1260/70. ME OBLIGO A NO HACER USO DISTINTO DE DICHA COPIA DE CONFORMIDAD CON LOS ARTS 55 Y 115 DEL DEC CITADO Y AR T 1º DEL DECº 278/7247. PARA ACREDITAR PARENTESCO.

FIRMA SOLICITANTE_____

SE EXPIDE PARA: TRAMITES PARA PASAPORTE.

EL NOTARIO SEGUNDO DEL CIRCULO DE BUCARAMANGA.

CERTIFICA

QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA FUE TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA.

Bucaramanga 28/09/2023.

REPUBLICA DE COLOMBIA
Opto. de Santander
Notaria 2
Bucaramanga

CARLOS ENRIQUE VALDIVIESO JIMENEZ
Notario Segundo del Círculo de Bucaramanga
ART. 13 de la Ley 1581 de 20120

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36382120		RAMIREZ CHAUX SANDRA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 61 10-150 T2 APT 708	BUCARAMANGA-SANTANDER	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	03366168	9503366168	I	2026/06/04	2026/05/13	BANCO AV VILLAS	0	$559,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,895,000	$303,200			$1,895,000	$236,900			$0	$0			$1,895,000	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,895,000	$303,200			$1,895,000	$236,900			$0	$0			$1,895,000	
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					$1,895,000	$303,200			$1,895,000	$236,900			$0	$0			$1,895,000	
1	CC	36382120	RAMIREZ SANDRA	25-14	30	$1,895,000	$303,200	EPS005	30	$1,895,000	$236,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,895,000
Total		**Afiliados(1)**				$1,895,000	$303,200			$1,895,000	$236,900			$0	$0			$1,895,000

2026/05/13 04:08 PM

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36382120		RAMIREZ CHAUX SANDRA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 61 10-150 T2 APT 708	BUCARAMANGA-SANTANDER	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	03366168	9503366168	I	2026/06/04	2026/05/13	BANCO AV VILLAS	0	$559,900

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
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$303,200	$0	$0	$303,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,800	$0	$0	$19,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$19,800	$0	$0	$19,800
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**	**$559,900**	**$0**	**$0**	**$559,900**