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 HUILA

CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA

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

Código Regional	**41**
Código Centro	**952610**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**61638-564775**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	SAMUEL PINZA PINEDA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	83.241.744	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	samuelpinza1@msn.com	**Número de Cuenta:**	84597154151
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 2024**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (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:	7513786/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**18925**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FPI, QUE PROGRAME EL CDATH, EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES, ÁREA TEMÁTICA AGRICULTURA Y DEMÁS PROGRAMAS DE FORMACIÓN RELACIONADAS.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2025 Al 31/10/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 12.112.046
Número de pago	**9**	**Valor Total del Contrato:**	$ 46.148.427
Valor Bruto Pago:	**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 7.512.535

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.511	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 352.767	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.952.278**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.935.350**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Octubre	Setiembre			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.935.350,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9493291465**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 1.839.804	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 230.000	$ 230.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 294.400	$ 294.400	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	$ 19.300	$ 19.300	Reteica - 8551	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0,000%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0,000%
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		$ 495.228		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 796.784	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 978.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 8.457.000					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.599.511,00**	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS ONCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

APLICACION DEL SISTEMA GLOBALMENTE ARMONIZADO EN EL MANEJO DE PRODUCTOS QUIMICOS, ficha 3323244, 4 horas
GESTIÓN DE EMPRESAS AGROPECUARIAS, ficha, 3231189, 26 horas
APLICACION DEL SISTEMA GLOBALMENTE ARMONIZADO EN EL MANEJO DE PRODUCTOS QUIMICOS, ficha 3323233, 4 horas
PRODUCCIÓN AGROPECUARIA ECOLÓGICA, 3173006, 28 horas
APLICACION DEL SISTEMA GLOBALMENTE ARMONIZADO EN EL MANEJO DE PRODUCTOS QUIMICOS, ficha 3323240, 4 horas
MANEJO DE PRODUCTOS QUÍMICOS, FICHA; 3360487; 28 HORAS
APLICACION DEL SISTEMA GLOBALMENTE ARMONIZADO EN EL MANEJO DE PRODUCTOS QUÍMICOS, FICHA 3361169; 28 HORAS
APLICACIÓN DEL SISTEMA GLOBALMENTE ARMONIZADO EN EL MANEJO DE PRODUCTOS QUIMICOS, ficha 3367476, 18 horas
PREVENCION Y CONTROL AMBIENTAL, ficha: 3123176; 20 horas. total horas 160

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

SAMUEL PINZA PINEDA
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

Firmado digitalmente por Hernan Camilo Cerquera Florez

HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ
INSTRUCTOR G13

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
DIEGO FERNANDO VILLALBA ARTUNDUAGA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

Firmado digitalmente por Diego Fernado Villalba Artunduaga
Fecha: 2025.10.23 09:19:23 -05'00'

22/10/25 23:49:22 USUARIO: SIC - C.C. 83241744

aportes en línea

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 83241744		PINZA PINEDA SAMUEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 7 1-41	LA ARGENTINA-HUILA	4856086	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1858192505	9493291465	I	2025/10/10	2025/10/17	BANCOLOMBIA	7	$546,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$0	$0			$1,840,000	$19,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$0	$0			$1,840,000	$19,300		$0	$0
Ciudad: LA ARGENTINA Depto: HUILA (1 Afiliados)					$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$0	$0			$1,840,000	$19,300		$0	$0
1	CC	83241744	PINZA SAMUEL	230301	30	$1,840,000	$294,400	EPS005	30	$1,840,000	$230,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,840,000	$19,300	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$0	$0			$1,840,000	$19,300		$0	$0

aportes en línea

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 83241744		PINZA PINEDA SAMUEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 7 1-41	LA ARGENTINA-HUILA	4856086	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1858192505	9493291465	I	2025/10/10	2025/10/17	BANCOLOMBIA	7	$546,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$294,400	$1,300	$0	$295,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$294,400	$1,300	$0	$295,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,300	$100	$0	$19,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$19,300	$100	$0	$19,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,000	$1,000	$0	$231,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$230,000	$1,000	$0	$231,000
TOTAL				**1**	**$543,700**	**$2,400**	**$0**	**$546,100**

AGROCAMPO DISTRIBUCIONES AGRICOLAS

Samuel Pinza Pineda
Nit: 83241744-7
Dirección: CL 7 1 41 Huila - La Argentina
Correo: samuelpinza1@msn.com
Teléfono: 3146628289 -
No responsable de IVA.
Vendedor: Samuel Pinza

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA N° FEAD979

fecha 2025-10-15 20:49:08

Autorización de numeración DIAN Nº 18764069056369 prefijo FEAD desde la 1 hasta 5000 vigencia, del 2024-04-16 hasta el 2026-04-16

Fecha de emision :	**2025-10-15 20:48:26**	**Vencimiento**	**2025-11-15**
Cliente :	**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA**	**Pago :**	**Crédito - SAMUEL PINZA**
NIT :	**899999034 - 1**	**Correo :**	**glbernal@sena.edu.co**
Dirección :	**CLL 57 8 69 Bogotá - Bogotá, D.c.**	**Telefono :**	**5461500**

N°	Codigo	Descripción	Cantidad	V unit	Base	Total Neto
1	20251001	SERVICIOS OCTUBRE	1.00	4,599,511.00	4,599,511.00	4,599,511.00

Comentarios:

#$36-02-00-041-952610;CO1.PCCNTR.7513786;glbernal@sena.edu.co#$

ITEMS	**1 de 1**
SUBTOTAL BRUTO	**4,599,511.00**
PENDIENTE	**4,599,511.00**
TOTAL FACTURA:	**4,599,511.00**

Valor en Letras : cuatro millones quinientos noventa y nueve mil quinientos once pesos.

Cufe: f76150b7946f3820cef021eea6c21831de8a850f1f88a38e2deef80d7ff4f48f1392851eb0b0469841780450b683e579

Términos y condiciones

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título.

Elaborado en software MAS +CONTROL NUBE SAS Nit : 901587423-1

SENA - CFP 419526
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 41-1-2025-001908
26/02/2025 8:25:19 a. m.
Destinatario:

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

La Plata-Huila, 26 de febrero de 2025

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
La Plata Huila

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.	**1025065535**	**SANTIAGO PINZA CATALAN**	**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: SAMUEL PINZA PINEDA
C.C. 83241744 De La Argentina Huila

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1025065535

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43932162

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ X Número 9 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ **Código** 1009

Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PINZA	CATALAN

Nombre(s): SANTIAGO

Fecha de nacimiento (Año / Mes / Día)	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
2010 / ENE / 25	MASCULINO	"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	10229320-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CATALAN NOYA DAY LUZ

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
Cédula de ciudadanía 22,517,301	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: PINZA PINEDA SAMUEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
Cédula de ciudadanía 83,241,744	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: PINZA PINEDA SAMUEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
Cédula de ciudadanía 83,241,744	

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
DANE Año 2010 Mes ENE Día 26	CLAUDIA LUCIA ROJAS PERNA NOTARIA 9 BOGOTA ENCARGADA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	CLAUDIA LUCIA ROJAS PERNA NOTARIA 9 BOGOTA ENCARGADA Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

RECONOCIMIENTO INSCRITO L.V. 33 F. 288 NOT. 9 BTA. SE TOMA HUELLA INDICE DERECHO DEL PADRE DIR. CRA 73B No. 6 A 35 Tel. 4856086 1a COPIA EXENTA DE PAGO

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

NOTARIA 9 - BOGOTA
CLAUDIA LUCIA ROJAS PERNA
Notaria

COMO NOTARIA ENCARGADA DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C. CERTIFICO QUE ESTE REGISTRO ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA Y SE EXPIDE A PETICION DEL INTERESADO PARA **ACREDITAR PARENTESCO.**

(Articulo 115 Decreto 1260/70)
BOGOTA
ESTE REGISTRO TIENE VALIDEZ PERMANENTE

República de Colombia
NOTARIA 9 - BOGOTA
CLAUDIA LUCIA ROJAS BERNAL
Notaria Encargada

23 SET. 2016

CLAUDIA LUCIA ROJAS BERNAL
NOTARIA NOVENA DE BOGOTA-ENCARGADA