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 AGROTURISTICO - SANTANDER

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**954110**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**97685-568461**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	SAMUEL EDUARDO CALA SANTOS	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	91.075.861	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	scalas@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	047900016099
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:	9201384/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**21826**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN, EN LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN, ASÍ COMO LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJE DEFINIDOS EN LOS DISEÑOS CURRICULARES ASIGNA PL 10 M D 07 VR MES $ 4.737.497

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/09/2026 Al 30/09/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 15.475.824
Número de pago	**8**	**Valor Total del Contrato:**	$ 48.480.386
Valor Bruto Pago:	**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 10.738.327

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 2.641.165	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 7.378.662**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.567.796**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**38227443**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 303.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.900	$ 9.900
		$	
		$	
		$	
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		$ 737.866	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 1.523.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 9.047.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	4.567.796,00	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%
Otras Retenciones	0,00	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	**$4.737.497,00**	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHA: 3462502 PROGRAMA: AGROTRONICA COMPETENCIA: MONITOREO DE LABORES AGRÍCOLAS

FICHA: 3564078 PROGRAMA: MANEJO RACIONAL DE PLAGUICIDAS COMPETENCIA: CONTROLAR DERRAMES SUSTANCIAS PELIGROSAS DE ACUERDO PROCEDIMIENTO

FICHA: 3565415 PROGRAMA: MANEJO RACIONAL DE PLAGUICIDAS COMPETENCIA: CONTROLAR DERRAMES SUSTANCIAS PELIGROSAS DE ACUERDO PROCEDIMIENTO

FICHA: 3565941 PROGRAMA: MANEJO NUTRICIÓN CULTIVOS AGRICOLAS COMPETENCIA: UTILIZAR AGROINSUMOS TENIENDO EN CUENTA NORMATIVIDAD VIGENTE

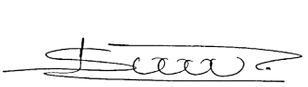
FICHA: 3566027 PROGRAMA: MANEJO NUTRICIÓN CULTIVOS AGRICOLAS COMPETENCIA: UTILIZAR AGROINSUMOS TENIENDO EN CUENTA NORMATIVIDAD VIGENTE

FICHA: 3618049 PROGRAMA: MANEJO RACIONAL DE PLAGUICIDAS COMPETENCIA: UTILIZAR AGROINSUMOS TENIENDO EN CUENTA NORMATIVIDAD VIGENTE

FICHA: 3622538 PROGRAMA: MANEJO RACIONAL DE PLAGUICIDAS COMPETENCIA: UTILIZAR AGROINSUMOS TENIENDO EN CUENTA NORMATIVIDAD VIGENTE

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 EDUARDO CALA SANTOS
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,

OSCAR WILLIAM VERGARA ROMERO
INSTRUCTOR G20

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
CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

16/09/26 07:59:56 USUARIO: SIC - C.C. 91075861

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	SAMUEL EDUARDO CALA SANTOS
IDENTIFICACIÓN:	CC-91075861
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	00
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	00
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-08-28
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-09-14
FECHA DE PAGO:	2026-08-28
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-08
PERÍODO SALUD:	2026-08
NÚMERO PLANILLA:	38227443
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	38227443
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.896.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 237.000	$ 237.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.896.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 303.400	$ 303.400
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.896.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 19.800	$ 19.800
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 560.200	$ 560.200

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	15/10/2026

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

Julio 2026

Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, Septiembre de 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
San Gil

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:

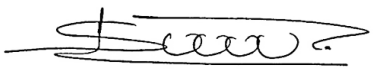
T.I.	**1100964411**	**THOMAS ALEJANDRO CALA LEON**	**HIJO**

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 EDUARDO CALA SANTOS
C.C. 91075861

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 29926136-9

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.100.964.411

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 44472849

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** R 4 H

País, Departamento, Municipio, Corregimiento e/o Inspección de Policía: ~~COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL~~ COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CALA	LEON

Nombre(s): THOMAS ALEJANDRO

Fecha de nacimiento: Año	Mes	Día	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
2011	11	19	MASCULINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA SANTANDER SAN GIL

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 528580941

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: LEON GOMEZ CARMEN CECILIA

Documento de identificación (Clase y número): CC 37.896.502

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: CALA SANTOS SAMUEL EDUARDO

Documento de identificación (Clase y número): CC 91.075.861

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: LEON GOMEZ CARMEN CECILIA

Documento de identificación (Clase y número): CC 37.896.502

Firma: X Carmen Cecilia Leon Gomez

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: Año 2011 Mes DIC Día 02

Nombre y firma del funcionario que autoriza: JOSE URIEL DEANTONIO ARevalo - RE

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -