



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 ATLÁNTICO
DESPACHO DIRECCION

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

Código Regional	8
Código Centro	101008
Fecha Elaboración	Marzo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	86986-815451

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	HERNANDO GIOVANNY LAVALLE PABON	Banco a consignar:	AV VILLAS
Cédula de Ciudadanía	85.468.883	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	giolapa@misena.edu	Número de Cuenta:	818769221
IP/Nº de contacto:	52147	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:	8936098/2026	Nº Compromiso SIIF	9426	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	ERVICIOS PROFESIONALES DE INGENIERÍA/ARQUITECTURA, BRINDANDO ACOMPAÑAMIENTO TÉCNICO Y ESPECIALIZADO EN LA ESTRUCTURACIÓN, FORMULACIÓN, EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS RELACIONADOS RADICADO 08-9-2026-001516...PZO 31/12/2026				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/03/2026	Al	31/03/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 63.444.510
Número de pago	3	Valor Total del Contrato:	\$ 72.115.260		
Valor Bruto Pago:	\$ 6.344.451,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 57.100.059

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 6.344.451	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 6.344.451	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 4.205.751		

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

	Marzo	Febrero			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	5168125898	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	4.205.751,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 2.537.780	\$ 2.537.780	Base retención en la fuente a titulo de ICA	6.344.451,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 317.300	\$ 317.300	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 406.100	\$ 406.100	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	\$ 13.300	\$ 13.300	Menos Retencion IVA	0,00	15%
	\$		Reteica - 8299 - BARRANQUILLA	73.596,00	1,160%
	\$			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	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 41.375.460	\$ 1.402.000		0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 1.402.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	\$6.270.855,00	

SON: SEIS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. Apoyo Equipo Técnico Infraestructura Regional con INTERVENCION ADECUACION PISO GESTION TALENTO HUMANO SMA - REGIONAL ATLANTICO.
2. Apoyo Equipo Técnico Infraestructura Regional con INTERVENCION MANTENIMIENTO CARPINTERIA METALICA EN SEDE BOSQUE.
3. Apoyo Equipo Técnico Infraestructura Regional, INTERVENCION PINTURA Y ACABADOS NUEVA APE MURILLO PLAZA.
4. Apoyo Equipo Técnico Refrigeración Regional INTERVENCION DE EQUIPOS DE REFRIGERACIÓN - CC&S Y DESPACHO REGIONAL
5. Apoyo Equipo Técnico Infraestructura Regional con INTERVENCION INSTALACIONES DE MOVILIARIO EN DESPACHO REGIONAL
6. Apoyo Equipo Técnico Infraestructura Regional, INTERVENCION MANTENIMIENTO CORRECTIVO SEDE SERV HOTELERIA CC&S.

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

HERNANDO GIOVANNY LAVALLE PABON
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,

ALEXANDRA MILENA PALACIO FUENTES
PROFESIONAL G04

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
JACQUELINE ROJAS SOLANO
DIRECTOR REGIONAL A G08**

20/03/26 22:46:42 USUARIO: SIC - C.C. 85468883

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	85468883	NÚMERO PLANILLA:	5168125898	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	HERNANDO GEOVANNY LAVALLE PABON ATLANTICO	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES febrero AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO 2026
CIUDAD/MUNICIPIO:	CARRERA 7 # 33B-52	TELÉFONO:	3018102	DÍAS DE MORA:	0	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9996150237
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/03/18		
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO						
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS				FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO			
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 406.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 406.100	\$ 0	\$ 406.100	
SUBTOTALES:											\$ 406.100	\$ 0	\$ 0	\$ 406.100	

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 317.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 317.300	\$ 0	\$ 0	\$ 317.300	
SUBTOTALES:											\$ 317.300	\$ 0	\$ 0	\$ 317.300		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO			
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 13.300	\$ 13.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 13.300	\$ 0	\$ 0	\$ 13.300
SUBTOTALES:											\$ 13.300	\$ 0	\$ 0	\$ 13.300	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																				
DATOS DEL COTIZANTE														NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL														PARAFISCALES										
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SALUD				ARP				CCF					SEN	ICBF	ESAP	MINEDU						
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN					DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC
1	CC 85468883	LAVALLE PABON HERNANDO GEOVANNY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.750.905				NO							01-30										230301-PORVENIR	30	2.538.000	\$ 406.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 406.100	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	2.538.000	\$ 317.300	\$ 0	\$ 317.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	2.538.000	\$ 85468883	\$ 13.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 736.700

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 85468883
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	HERNANDO GEOVANNY LAVALLE PABON	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CARRERA 7 # 33B-52	TELÉFONO: 3018102
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	5168125898	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: febrero	PERIODO COTIZACIÓN MES: febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/03/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9996150237

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							X									

LIQUIDACIÓN GENERAL					
				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8002248088	230301	230301-PORVENIR		1	\$ 406.100
SUBTOTAL:				1	\$ 406.100
SALUD					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD		1	\$ 317.300
SUBTOTAL:				1	\$ 317.300
RIESGOS PROFESIONALES					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A		1	\$ 13.300
SUBTOTAL:				1	\$ 13.300

VALOR SIN MORA:	\$ 736.700
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 736.700

EFFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

OS: 9634869036 DU: 640117
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 18/03/2026 16:06:27
Identificación: 005027
Nombre: 85468883
Apellido 1: HERNANDO
Apellido 2: LAVALLE
Tipo Documento: CEDULA DE CIUDADANIA
Telefono: 5168125898
Codigo Planilla: 2026/02
Periodo Pago:
Valor Comision:
Valor Iva Comision:
Referencia: 85468883 Valor: \$736.700,00

Aplica condiciones particulares con el
cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico
soporte valido para atender cualquier
reclamacion.

Para reclamaciones presente este
recibo; tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co