

 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)		Código Regional	25		
			Código Centro	951310		
			Fecha Elaboración	Junio de 2026		
			Versión	ENERO - 1,26		
			ID de Proceso	30070-752711		
REGIONAL CUNDINAMARCA						
CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL-CUNDINAMARCA						
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1						
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos:	SERGIO ANDRES MALAVER ORTIZ		Banco a consignar:	BANCOLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía	1.069.733.299		Tipo de cuenta:	AHORROS		
Correo electrónico:	sergioandresmo@hotmail.com		Número de Cuenta:	10863491806		
IP/Nº de contacto:			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:	9081594/2026	Nº Compromiso SIIF	20626	Número de pagos durante la vigencia del contrato	10	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: ORIENTACIÓN, DESARROLLO Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS PROCESOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN ARTICULACIÓN CON LA MEDIA DEL CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL DE LA REGIONAL CUNDINAMARCA, EN LAS DIFERENTES					
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del	01/06/2026	Al	30/06/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 28.424.982	
Número de pago	5			Valor Total del Contrato:	\$ 46.901.220	
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00				Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 23.687.485
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	\$ 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						
	Junio	Mayo	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.777.847,00	TARIFA	
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	86719763	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00		
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 - 8299 - CHIA	33.579,00	0,800%	
	\$		-	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. \$ 4.729.000			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00		
Retención en la Fuente Contingente \$			VALOR A PAGAR	\$4.703.918,00		
SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TRES MIL NOVECIENTOS DIECIOCHO PESOS M/C TE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Atender formación a los aprendices en las Instituciones Educativas asignadas que hacen parte del programa						
Realizar capacitación del programa a los docentes de las Instituciones Educativas seleccionadas						
Realizar la gestión para los cursos complementarios en las Instituciones Educativas						
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						
			SERGIO ANDRES MALAVER ORTIZ EL CONTRATISTA			
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO						
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,			
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.						
SANDRA LILIANA BALLEEN BUSTOS 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 GERMAN RAIMUNDO ROBAYO CRUZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)						

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1069733299	SERGIO ANDRES MALAVER ORTIZ		Calle 159b # 8F -03	3219681195	sergioandresmo@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		86719763	01/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$779.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	315.000	0		0		0	0	0	0	315.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	403.200	0	0	0	0	0	0		403.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	61.400				61.400	0	0	61.400			614	61.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	315.000	315.000
Pensión	1	403.200	403.200
Riesgos Laborales	1	61.400	61.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	779.600	779.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1069733299	SERGIO ANDRES MALAVER ORTIZ		Calle 159b # 8F -03	3219681195	sergioandresmo@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		86719763	01/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$779.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																	
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud po	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TDE	TAF	TAP	UPP	VGP	VST	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC 1069733299	MALAVER ORTIZ SERGIO ANDRES	59	0			N																	230201	2.520.000	30	403.200	0	0	0	0	EPS017	2.520.000	30	315.000	14-23	2.520.000	30	3	61.400		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

SERGIO ANDRES MALAVER ORTIZ identificado con CC. 1069733299 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Tipo y Numero de Documento	NI - 8999999034

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/02/02	Fecha inicio contrato	2026/02/02
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/12/15
Riesgo	2	Código actividad económica	2015001 - Explotacion mixta (agricola y pecuaria), incluye la explotacion mixta de cultivos y animales sin especializacion en ninguna
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	Estado del contrato	Activa

Esta certificación se expide a los 20 días del mes de abril del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC20042026N1069733299A17332376**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S. A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
Nit. 860.011.153-6 | **Línea Gratuita Nacional:** (+57) 01-8000-111-170 - **Teléfono:** +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

