

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------|
|  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 BOLÍVAR CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-BOLÍVAR Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1 | Código Regional | 13 |
| | | Código Centro | 930410 |
| | | Fecha Elaboración | Mayo de 2026 |
| | | Versión | ENERO - 1,26 |
| | | ID de Proceso | 01066-124306 |
| DATOS DEL CONTRATISTA | | | |
| Nombres y apellidos: | MAYRA CARDENAS CASTELLANO | Banco a consignar: | DAVIVIENDA |
| Cédula de Ciudadanía | 45.470.316 | Tipo de cuenta: | AHORROS |
| Correo electrónico: | mayrac125@misena.edu.co | Número de Cuenta: | 058500002009 |
| IP/Nº de contacto: | 52694 | 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 | SI |
| ¿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: | 9030460/2026 | Nº Compromiso SIIF | 15826 |
| | | Número de pagos durante la vigencia del contrato | 11 |
| OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado) | PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LA MODALIDAD DE FORMACIÓN VIRTUAL Y/O PRESENCIAL EN LA RED DE COMERCIO Y VENTAS, EN EL ÁREA DE DESARROLLO PUBLICITARIO | | |
| DATOS PERIODO DEL PAGO | | | |
| Del | 01/05/2026 | Al | 31/05/2026 |
| Número de pago | 4 | Saldo Anterior del Contrato: | \$ 34.899.561 |
| Valor Bruto Pago: | \$ 4.737.497,00 | Valor Total del Contrato: | \$ 48.954.135 |
| | | Nuevo Saldo del Contrato: | \$ 30.162.064 |
| 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 RETENCIÓN EN LA FUENTE | \$ 3.140.497 | TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO | \$ 0 |
| LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR | | | |
| Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS | ----- | Mayo | Abril |
| 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 | | \$ - | \$ - |
| Salud hasta | \$ 837.984 | \$ - | \$ - |
| Renta Exenta 25% | \$ 37.927.505 | \$ 1.047.000 | \$ - |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | \$ 3.106.000 | \$ - | \$ - |
| Retención en la Fuente Contingente | \$ - | \$ - | \$ - |
| | | Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 3.140.497,00 |
| | | Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.737.497,00 |
| | | 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 - CARTAGENA | 40.553,00 0,856% |
| | | | 0,00 0% |
| | | | 0,00 0% |
| | | | 0,00 0% |
| | | 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% |
| | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 |
| | | VALOR A PAGAR | \$ 4.696.944,00 |
| SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE | | | |
| ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO | | | |
| Impartir formación profesional integral en programas titulados y/o complementarios del área asignada | | | |
| Desarrollar los Proyectos de formación programados por el Centro de Comercio y Servicios | | | |
| Establecer la ruta de aprendizaje en Sofia Plus de acuerdo la programación e intensidad horaria | | | |
| Asociar aprendices en el aplicativo de Sofía plus en el tiempo estipulado | | | |
| Planear y ejecutar actividades relacionadas en la guía de aprendizaje | | | |
| Cumplir con los productos asociados al proyecto en actividades del programa de formación | | | |
| Construir y mantener en tiempo real el portafolio de evidencia de instructor y de los aprendices. | | | |
| Participar en las actividades indicadas por el Centro para el mejoramiento de procesos y Sistema Integrado de Gestión de la Calidad | | | |
| Cumplir con la programación de formación asignada por el líder de la especialidad y/o Coordinador. fichas 3466192-3118425-3112580 | | | |
| 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 | | | |
| MAYRA CARDENAS CASTELLANO 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, | | | |
| MARÍA MARGARITA MONTIEL MONTIEL 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 AURELA ARODIZ AGUILERA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02 | | | |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 45470316 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | MAYRA CARDENAS CASTELLANOS | |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | CARTAGENA DEPARTAMENTO: | BOLIVAR |
| DIRECCIÓN: | CL 25 22 62 | TELÉFONO: 6438082 |
| 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: | 6015774290 | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: abril | PERIODO COTIZACIÓN MES: abril |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: 2026 | SALUD: AÑO: 2026 |
| DÍAS DE MORA: | 5 | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/05/12 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 301678594 |

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

| LIQUIDACIÓN GENERAL | | | | | TOTALES | |
|------------------------------|--------|----------------------------------------|--|--|------------|-------------------|
| | | | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN | | | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | | | |
| 9003360047 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | | | 1 | \$ 304.500 |
| SUBTOTAL: | | | | | 1 | \$ 304.500 |
| SALUD | | | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | | | |
| 8002514406 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A | | | 1 | \$ 237.900 |
| SUBTOTAL: | | | | | 1 | \$ 237.900 |
| RIESGOS PROFESIONALES | | | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | | | |
| 8600111536 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | | | 1 | \$ 10.000 |
| SUBTOTAL: | | | | | 1 | \$ 10.000 |

| | |
|------------------------|-------------------|
| VALOR SIN MORA: | \$ 550.300 |
| VALOR MORA: | \$ 2.100 |
| TOTAL PAGADO: | \$ 552.400 |

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------|------------------|-----------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: CIUDAD/MUNICIPIO: DIRECCIÓN: TIPO APORTANTE: TIPO EMPRESA: FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | CÉDULA DE CIUDADANÍA CARTAGENA CL 25 22 62 02-INDEPENDIENTE PRIVADA ÚNICO | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: MAYRA CARDENAS CASTELLANOS DEPARTAMENTO: BOLIVAR TELÉFONO: 6438082 CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y facilitadoras de la act | 45470316 | NÚMERO PLANILLA: 6015774290 | MES abril AÑO 2026 | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES 2026 | MES abril AÑO | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 301678594 |

| TOTAL APORTES A PENSIÓN | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|--------------------------|----------------|------------|---------------------|-----------|-------------|--------------|------------|----------|---------|-------------------|-----------------|-------------------|
| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | | | FSP | | MORA | | TOTALES | |
| | | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO | |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | \$ 303.400 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 1.100 | \$ 0 | \$ 303.400 | \$ 1.100 | \$ 304.500 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | \$ 303.400 | \$ 1.100 | \$ 304.500 |

| TOTAL APORTES A SALUD | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|----------------|----------------------------|-------|---------------------|-------|---------------|-------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------------|---------------|-------------|-------------------|
| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
| | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A | 1 | | \$ 0 | | \$ 0 | | \$ 0 | \$ 237.000 | \$ 0 | \$ 900 | \$ 0 | \$ 237.000 | \$ 900 | \$ 0 | \$ 237.900 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | \$ 237.000 | \$ 900 | \$ 0 | \$ 237.900 |

| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------------|----------------|---------------------|-------|---------------|-------|-------------|-------------|----------|--------|-----------------|---------------|-------------|------------------|-----------|
| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | | |
| | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO | | | |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1 | | \$ 0 | | \$ 0 | | \$ 0 | \$ 9.900 | \$ 100 | \$ 0 | \$ 9.900 | \$ 100 | \$ 0 | \$ 10.000 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | \$ 9.900 | \$ 100 | \$ 0 | \$ 10.000 | |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----------------|----------------------------|----------------|----------------------------------|----------------|-----------------|------------|------------|--------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------------------|-----------|-----------|------------|--------------|---------------|-----------|----------|---------------------------|--------------------|-------|-----------|------------|------------|-------------|----------------------------------------|-------|-----------|-------------|-------------------|--------------|-----------|------|-------|--------------|--------------|--------------|
| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LWA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | | SEGURO SOCIAL | | | | | SALUD | | | | | ARP | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DIAS COT. | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT. | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT. | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT. | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 45470316 | CARDENAS CASTELLANOS MAYRA | INDEPENDIENTE | CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | \$ 1.896.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | 1.896.000 | \$ 303.400 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | Normal | \$ 303.400 | EPS005-SANITAS S.A | 30 | 1.896.000 | \$ 237.000 | \$ 0 | \$ 237.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 30 | 1.896.000 | \$ 45470316 | \$ 9.900 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 |

TOTAL PAGADO: \$ 552.400