

 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 SAN ANDRÉS CENTRO DE FORMACION TURISTICA, GENTE DE MAR Y DE SERVICIOS-SAN ANDRES Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		88		
			Código Centro		953910		
			Fecha Elaboración		30 de Junio de 2026		
			Versión		ENERO - 1,26		
			ID de Proceso		02040-346699		
DATOS DEL CONTRATISTA							
Nombres y apellidos:		SHEENA LIZANA WILLIAMS MCKELLER		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA	
Cédula de Ciudadanía		40.993.814		Tipo de cuenta:		AHORROS	
Correo electrónico:		swilliams@misena.edu.co		Número de Cuenta:		34845751457	
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		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						SI	
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:		9244464/2026		Nº Compromiso SIIF	23426	Número de pagos durante la vigencia del contrato	9
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		CO1.PCCNTR.9244464; PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR DE INGLÉS, PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES DE FORMACIÓN EN LOS PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS DE BILINGÜISMO					
DATOS PERIODO DEL PAGO							
Del		01/06/2026		Al		30/06/2026	
Número de pago		5		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 24.722.276	
Valor Bruto Pago:		\$ 5.493.839,00		Valor Total del Contrato:		\$ 46.697.632	
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 19.228.437	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
Ingresos por honorarios		\$ 5.493.839		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		\$ 5.493.839				\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 3.229.555		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	
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----		89751942		Base retención en la fuente a titulo de ICA	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 2.197.536		\$ 2.197.536		Valor base IVA	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 274.700		\$ 274.700		IVA (Si es RESPONSABLE)	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 351.700		\$ 351.700		Menos Retención en la Fuente	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA	
ARL		\$ 11.500		\$ 11.500		Reteica - 8299	
		\$ -				0,00 0,100%	
		\$ -				0,00 0,100%	
		\$ -				0,00 0,100%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -				0,00 0,100%	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -				Otras Retenciones	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -				Otras Retenciones	
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -				Otras Retenciones	
Dependientes hasta		\$ 549.384				Otras Retenciones	
Salud hasta		\$ 837.984		\$ -		Otras Retenciones	
Renta Exenta 25%		\$ 31.031.595		\$ 1.077.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 4.308.000				0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$ -				Descuentos de embargo (Si tiene)	
						VALOR A PAGAR	
						\$ 5.493.839,00	
SON: CINCO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS M/CTE							
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
Realice asociación de aprendices.							
Modifique perfil, realice primera participación en foros: social temático y de dudas e inquietudes.							
Envíe mensajes con instrucciones sobre el inicio del curso y como ingresar a la plataforma.							
Conteste inquietudes vía foro de dudas e inquietudes. Retroalimente foro social y temático.							
Publique anuncios con actividades correspondientes y metodología de trabajo.							
Realice participación activa por chat y foro de dudas e inquietudes.							
Realicé sesiones en línea, efectué resumen y publiqué enlace de las grabaciones.							
Revise, califique y retroalimente actividades enviadas.							
Publique anuncio de despedida e invitación a inscribirse en cursos de ingles virtual y/u otros cursos de interés. Efectué cierre.							
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							
							
SHEENA LIZANA WILLIAMS MCKELLER 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,							
SILVIA ARCHBOLD LIVINGSTON 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 NELSON RAMON MARTINEZ OSPINO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)							

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	40993814	SHEENA LIZANA WILLIAMS MCKELLER	LA LOMA COVE GREEN HILL	5128708	lizwilliams125@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS BORDO	SAN ANDRÉS	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		89751942	04/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$638.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD					Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	274.700	0		0		0	1	300	0	275.000	1

TOTALES PENSIÓN					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
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria										
25-14	Colpensiones	900336004-7	351.700		0	0	0	0	1	300	0	352.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES					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
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria		No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	11.500					11.500	1	100	11.600			115	11.600	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	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	274.700	275.000
Pensión	1	351.700	352.000
Riesgos Laborales	1	11.500	11.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	637.900	638.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	40993814	SHEENA LIZANA WILLIAMS MCKELLER		LA LOMA COVE GREEN HILL	5128708	lizwilliams125@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS	SAN ANDRÉS	
						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
		89751942	04/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$638.600	

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																	
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Económico	INS	RET	TDE	TAE	TAP	TAP	VSP	VST	SEN	ISE	LKA	ANR	ANR	VCT	IRL	CORRECCION	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	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC 40993814	WILLIAMS MCKELLER SHEENA LIZANA	59	0		N																		25-14	2.197.536	30	351.700	0	0	0	0	EPS037	2.197.536	30	274.700	14-23	2.197.536	30	1	11.500		0	0	0	0	0	0	0	0	0



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

, 30 de Enero del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

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:

TI	1030221773	Daneila Keileen Nelson Williams	Hijo(a)
----	------------	---------------------------------	---------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,

SHEENA LIZANA WILLIAMS MCKELLER
C.C. 40993814

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.030.221.773**
NELSON WILLIAMS

APELLIDOS
DANEILA KEILEEN

NOMBRES
Daneila
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **10-MAR-2012**
SAN ANDRES
(SAN ANDRES)

LUGAR DE NACIMIENTO
10-MAR-2030

FECHA DE VENCIMIENTO **19-MAR-2019 SAN ANDRES**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

G S RH **B+** SEXO **F**

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VAQUÍA

ÍNDICE DERECHO



P-5600100-01085978-F-1030221773-20190720 0066654556A 1 2125397173