

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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 CENTRO ATENCIÓN SECTOR AGROPECUARIO- ATLÁNTICO Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional	8
			Código Centro	910310
			Fecha Elaboración	Abril de 2024
			Versión	MARZO 2024 - 2,24
			ID de Proceso	78215-127805
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: ALVARO GUILLERMO ARAUJO ANGARITA		Banco a consignar: BANCOLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía 72.273.933		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: agaraujo@sena.edu.co		Número de Cuenta: 76735122131		
IP/Nº de contacto: 0		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 2023		SI
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?				
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a \$59.377.000				
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a \$188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)				
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?				
Concepto del pago corresponde a: Ninguno				
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%				
DATOS DEL CONTRATO				
Nº del contrato: 5971883/2024		Nº Compromiso SIIF 30224		Número de pagos durante la vigencia del contrato 11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		SERVICIOS PERSONALES:PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL Y COMO APOYO A LA GESTIÓN, CON EL ROL DE DESARROLLADOR FULL-STACK, PARA REALIZAR EL DISEÑO, PRODUCCIÓN, DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE LOS RECURSOS EDUCATIVOS DIGITALES		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del 01/04/2024 Al 30/04/2024		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 39.259.000
Número de pago 3		Valor Total del Contrato:		\$ 45.650.000
Valor Bruto Pago: \$ 4.565.000,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 34.694.000
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 4.565.000		Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas 2,29%		
Ingresos por comisiones \$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 116.532
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 4.565.000				
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 9.130.000		Menos, ReteFuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 5.084.500		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 116.532
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
		Abril	Marzo	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 5.084.500,00 TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	7918398273	Base retención en la fuente a titulo de ICA 0,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.826.000	\$ 1.826.000	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 228.300	\$ 228.300	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 292.200	\$ 292.200	Menos Retención en la Fuente 116.532,00 2,29%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA 0,00 15%
ARL I		\$ 9.600	\$ 9.600	Reteica - 8299 - SABANALARGA 0,00 0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 292.200		- 0,00 0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 228.300		- 0,00 0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 9.600		- 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		\$ 913.000		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Salud hasta \$ 753.040		\$ 377.300		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25% \$34.082.904		\$ 1.695.000		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 1.022.000				0,00
Retención en la Fuente Contingente \$				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
				VALOR A PAGAR \$4.448.468,00
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Obj1: Reunión para la revisión de las semillas asignadas				
Obj3: Maquetación del componente formativo CF9				
Obj5: Actualización de paleta de colores CF1				
Obj6: Carga de archivos al repositorio Sena				
Obj7: Ajustes de diagramación y diseño a CF1				
Obj8: Actualización de Semilla 522309				
Obj9: Asistencia a capacitaciun de Adobe Stock				
Obj11: COnfiguraciones de ambientes de desarrollo				
Obj12: Asistencia a reuniones con el equipo Atlantico				
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				
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,				
ROBERT ANDRES LLINAS LASTRA PROFESIONAL G10				
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 MARIA NELLY FLOREZ RODRIGUEZ SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 72273933
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ALVARO GUILLERMO ARAUJO ANGARITA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO: ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CRA 42G NO 90 - 67 APTO 1C	TELÉFONO: 3555555
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:	7918398273	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN MES: marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD: AÑO: 2024
DÍAS DE MORA:	4	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/04/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 571136371

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

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 293.200
SUBTOTAL:			1	\$ 293.200
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 229.100
SUBTOTAL:			1	\$ 229.100
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 9.700
SUBTOTAL:			1	\$ 9.700

VALOR SIN MORA:	\$ 530.100
VALOR MORA:	\$ 1.900
TOTAL PAGADO:	\$ 532.000



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BARRANQUILLA, 19 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BARRANQUILLA

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:

RC	1097508717	Luciana Araujo Antolinez	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,

ALVARO ALVARO ARAUJO ARAUJO
C.C. 72273933

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

55680830

NUIP

1097508717

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐

Notaría ☒

Número

08

Consulado ☐

Corregimiento ☐

Inspección de Policía ☐

Código

Q 6 E

País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección de Policía
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido

ARAUJO

Segundo Apellido

ANTOLINEZ

Nombre(s)

LUCIANA

Año

2016

Mes

ENE

Día

22

Sexo (en letras)

Femenino

Grupo sanguíneo

A

Factor RH

Negativo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección)

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

13229596-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ANTOLINEZ MIRANDA JOHANNA PATRICIA

Documento de identificación (Clase y número)

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 37.840.158

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ARAUJO ANGARITA ALVARO GUILLERMO

Documento de identificación (Clase y número)

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 72.273.933

Nacionalidad

COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ARAUJO ANGARITA ALVARO GUILLERMO

Documento de identificación (Clase y número)

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 72.273.933

Firma

[Firma manuscrita]

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

2016

Mes

FEB

Día

01

Nombre y firma del funcionario que autoriza

DR. MANUEL SALVADOR VEGA NIÑO

[Firma manuscrita]

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO