

|                                                                                                                                 |                                                                                                                                             |  |                   |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|------------------|
|  <p><b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</b></p> | DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES) |  | Código Regional   | 47               |
|                                                                                                                                 | REGIONAL MAGDALENA                                                                                                                          |  | Código Centro     | 911810           |
|                                                                                                                                 | CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL GAIRA MAGDALENA F.P.                                                                                       |  | Fecha Elaboración | Octubre de 2022  |
|                                                                                                                                 | Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1                                                           |  | Versión           | MAYO 2022 - 2,22 |
|                                                                                                                                 | Resolución DIAN N° 18764024257695 autoriza desde 360,001 hasta 750,000 (Enero 18 de 2022)                                                   |  | ID de Proceso     | 78782-606235     |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                             |  | No. de documento  | 578738           |

| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                |                                         |                                                                                        |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Nombres y apellidos contratista:                                                                                     | CELMIRA ISABEL ARAUJO RAMIREZ           | C.C.                                                                                   | 39.045.844                  |
| Correo electrónico contratista:                                                                                      | caraujo217@gmail.com                    | IP/N° de contacto                                                                      | 1815237236                  |
| Régimen del IVA:                                                                                                     | <input type="checkbox"/> NO RESPONSABLE | Pertenece al régimen simple de tributación?                                            | <input type="checkbox"/> NO |
|                                                                                                                      |                                         | Es declarante de renta?                                                                | <input type="checkbox"/> NO |
|                                                                                                                      |                                         | Es Pensionado?                                                                         | <input type="checkbox"/> NO |
| Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores                                                                  | <input type="checkbox"/> NO             | Inducción SST                                                                          | <input type="checkbox"/> SI |
|                                                                                                                      |                                         | Presta Servicios Excluidos de IVA ?                                                    | <input type="checkbox"/> NO |
| Banco al cual consignar:                                                                                             | BANCOLOMBIA                             | Tipo de cta                                                                            | AHORROS                     |
|                                                                                                                      |                                         | N° Cuenta                                                                              | 51619703034                 |
| Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? | <input type="checkbox"/> NO             | Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2022 supera los \$ 125'413.200 | <input type="checkbox"/> NO |

| DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                     |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------|------------------------------|
| N° del contrato:                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 3917431/2022  | N° Compromiso SIIF                  | 237322                       |
| Valor Total del Contrato                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$ 10.793.250 | N° Pago                             | 3                            |
| Saldo Anterior del Contrato                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$ 4.663.750  | Periodo objeto de pago              | Del 01/10/2022 Al 31/10/2022 |
| Nuevo Saldo del Contrato                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$ 666.250    | Legalización comisiones del periodo | \$ 0,00                      |
| <b>OBJETO CONTRACTUAL:</b><br>(Descripción del servicio prestado) INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES DE FORMACIÓN PROFESIONAL PROGRAMADA POR EL CENTRO ACUÍCOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA PARA EL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA MEDIA EN LA |               |                                     |                              |

| RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO |                     |                                           |                  |
|------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|------------------|
| Ingresos por honorarios                              | \$ 3.997.500        | Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° | 0,53%            |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes           | \$ 1.865.500        | Retención en la Fuente del Periodo        | \$ 19.503        |
| <b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>                    | <b>\$ 5.863.000</b> | Menos, Retefuente Otros Ingresos          | \$ 0             |
| <b>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</b>              | <b>\$ 3.713.025</b> | <b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>     | <b>\$ 19.503</b> |

| LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR |              |              |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|----------------------------------------------------|
| N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS                           | Octubre      | Setiembre    |                                                    |
| Ingreso Base de Cotización - IBC                                      | \$ 1.599.000 | \$ 1.599.000 | Valor Base retención en la fuente 3.713.025,00     |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                           | \$ 199.900   | \$ 199.900   | Valor Base retención en la fuente ICA 3.541.700,00 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                         | \$ 255.900   | \$ 255.900   | Valor base IVA 0,00                                |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional                   | \$ -         | \$ 0         | IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00                       |
| ARL                                                                   | \$ 8.400     | \$ 8.400     | Menos Retención en la Fuente 19.503,00             |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias                 | \$ -         | \$ -         | Menos Retencion IVA 0,00                           |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC                                     | \$ -         | \$ -         | Reteica - 8299 24.792,00                           |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064       | \$ -         | \$ -         | 0,00                                               |
| Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.800.400                           | \$ -         | \$ -         | 0,00                                               |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes         | \$ 256.300   | \$ -         | Pro-Hospital 79.950,00                             |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes           | \$ 200.200   | \$ -         | Otras Retenciones 0,00                             |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes           | \$ 16.900    | \$ -         | Otras Retenciones 0,00                             |
| Dependientes hasta \$ 1.216.128                                       | \$ -         | \$ -         | Otras Retenciones 0,00                             |
| Salud hasta \$ 608.064                                                | \$ -         | \$ -         | Descuentos de Libranza 0,00                        |
| Renta Exenta 25% \$ 9.120.960                                         | \$ 1.237.675 | \$ -         | Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00              |
| Retención en la Fuente Contingente \$ -                               | \$ -         | \$ -         | <b>VALOR A PAGAR \$ 3.873.255,00</b>               |

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

| ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. Se aplicaron las orientaciones para la elaboración de la guía de aprendizaje<br>2. Se realizó verificación de las listas de matriculados expedidas por SOFIA PLUS.<br>3. Se realizó acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de las actividades.<br>4. Se evaluaron los resultados de aprendizaje por cada competencia a las fichas asignadas<br>5. Asignación de formaciones para el periodo.<br>6. Se presentó Informe mensual de ejecución del contrato y se reportaron los juicios evaluativos de fichas 2633511, 2633500, 2633513 y |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b><br>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 diligenciados. | <b>CELMIRA ISABEL ARAUJO RAMIREZ</b><br><b>EL CONTRATISTA</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|

| CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:<br>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;<br>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;<br>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.<br>El Supervisor,<br><br><b>BICHARA JOSE ZABLEH HASBUN</b><br><b>INSTRUCTOR</b> |

**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**

**GILBERTO JOSE CAMPO BECERRA**  
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                               |                 |                    |                              |                       |          |                       |
|-------------------------------|----|-------------------------------|-----------------|--------------------|------------------------------|-----------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                  | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion                    | Ciudad-Departamento   | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 39045844                   |    | ARAUJO RAMIREZ CELMIRA ISABEL | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | MNZ 7 CASA 19 URB FILADELFIA | SANTA MARTA-MAGDALENA | 4378912  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |          |            |          |            |            |                    |           |
|-----------------------------------|---------|----------|------------|----------|------------|------------|--------------------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave    |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago               |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago     | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco              | Valor     |
| 2022-09                           | 2022-09 | 85604174 | 9441363310 | I        | 2022/10/12 | 2022/10/13 | BANCO DE OCCIDENTE | \$473,400 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                    |                |                |         |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |         |      |             |          |              |     |        |
|-----------------------------------------------------|----------------|----------------|---------|------|-------------|-----------|--------|------|-------------|-----------|--------|------|-----|--------|---------|------|-------------|----------|--------------|-----|--------|
| EMPLEADO                                            |                |                | PENSION |      |             |           | SALUD  |      |             |           | CCF    |      |     |        | RIESGOS |      |             |          | PARAFISCALES |     |        |
| No.                                                 | Identificación | Nombres        | Codigo  | Dias | IBC         | Aporte    | Codigo | Dias | IBC         | Aporte    | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo  | Dias | IBC         | Aporte   | Dias         | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)                  |                |                |         |      | \$1,600,000 | \$256,000 |        |      | \$1,600,000 | \$200,000 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,600,000 | \$16,800 |              | \$0 | \$0    |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)         |                |                |         |      | \$1,600,000 | \$256,000 |        |      | \$1,600,000 | \$200,000 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,600,000 | \$16,800 |              | \$0 | \$0    |
| Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA ( 1 Afiliados) |                |                |         |      | \$1,600,000 | \$256,000 |        |      | \$1,600,000 | \$200,000 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,600,000 | \$16,800 |              | \$0 | \$0    |
| 1                                                   | CC 39045844    | ARAUJO CELMIRA | 25-14   | 30   | \$1,600,000 | \$256,000 | EPS005 | 30   | \$1,600,000 | \$200,000 |        | 0    | \$0 | \$0    | 14-23   | 30   | \$1,600,000 | \$16,800 | 0            | \$0 | \$0    |
| Total Afiliados( 1)                                 |                |                |         |      | \$1,600,000 | \$256,000 |        |      | \$1,600,000 | \$200,000 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,600,000 | \$16,800 |              | \$0 | \$0    |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                               |                 |                    |                              |                       |          |                       |
|-------------------------------|----|-------------------------------|-----------------|--------------------|------------------------------|-----------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                  | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección                    | Ciudad-Departamento   | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 39045844                   |    | ARAUJO RAMIREZ CELMIRA ISABEL | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | MNZ 7 CASA 19 URB FILADELFIA | SANTA MARTA-MAGDALENA | 4378912  | No                    |

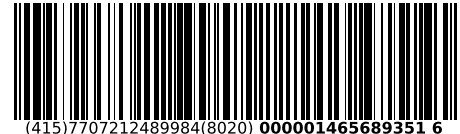
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |          |            |          |            |            |                    |           |           |
|-----------------------------------|---------|----------|------------|----------|------------|------------|--------------------|-----------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave    |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago               |           |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago     | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco              | Dias Mora | Valor     |
| 2022-09                           | 2022-09 | 85604174 | 9441363310 | I        | 2022/10/12 | 2022/10/13 | BANCO DE OCCIDENTE | 1         | \$473,400 |

| RESUMEN DE PAGO              |        |             |    |           |                  |                |                        |                  |  |
|------------------------------|--------|-------------|----|-----------|------------------|----------------|------------------------|------------------|--|
| RIESGO                       | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO  | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR    |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$256,000        | \$300          | \$0                    | \$256,300        |  |
| COLPENSIONES                 | 25-14  | 900,336,004 | 7  | 1         | \$256,000        | \$300          | \$0                    | \$256,300        |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$16,800         | \$100          | \$0                    | \$16,900         |  |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23  | 860,011,153 | 6  | 1         | \$16,800         | \$100          | \$0                    | \$16,900         |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$200,000        | \$200          | \$0                    | \$200,200        |  |
| SANITAS                      | EPS005 | 800,251,440 | 6  | 1         | \$200,000        | \$200          | \$0                    | \$200,200        |  |
| <b>TOTAL</b>                 |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$472,800</b> | <b>\$600</b>   | <b>\$0</b>             | <b>\$473,400</b> |  |

2. Concepto   Actualización

4. Número de formulario

14656893516



(415)7707212489984(8020) 000001465689351 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

3 9 0 4 5 8 4 4

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Santa Marta

14. Buzón electrónico

1 9

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

3 9 0 4 5 8 4 4

27. Fecha expedición

1 9 9 7, 0 5, 2 2

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Magdalena

4 7

30. Ciudad/Municipio

Santa Marta

0 0 1

31. Primer apellido

ARAUJO

32. Segundo apellido

RAMIREZ

33. Primer nombre

CELMIRA

34. Otros nombres

ISABEL

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Magdalena

4 7

40. Ciudad/Municipio

Santa Marta

0 0 1

41. Dirección principal

MZ 7 CA 19 URB FILADELFIA

42. Correo electrónico

caraujo217@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

4 3 5 8 9 1 2

45. Teléfono 2

3 0 1 4 3 1 4 9 2 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

7 0 2 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 8, 1 2, 2 2

Actividad secundaria

48. Código

7 4 9 0

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 4, 0 5, 2 6

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

3 4 1 4

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

49 - No responsable de IVA

COPIA DOCUMENTO

Obligados aduaneros

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3 57. Modo 58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2019 - 09 - 05

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MONTES LABORDE DIANA ELISA

985. Cargo Facilitador III