

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)		Código Regional	11
	REGIONAL DISTRITO CAPITAL		Código Centro	921510
	CENTRO DE MATERIALES Y ENSAYOS-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION		Fecha Elaboración	Noviembre 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	94209-908121
			No. de documento	599766

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	RAUL BELTRAN CAICEDO	C.C.	19.443.205
Correo electrónico contratista:	rabeltranc@sena.edu.co	IP/N° de contacto	14966
Régimen del IVA:	☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO
		Es declarante de renta?	☐ SI
		Es Pensionado?	☐ NO
Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores	☐ SI	Inducción SST	☐ SI
		Presta Servicios Excluidos de IVA ?	☐ NO
Banco al cual consignar:		Tipo de cta	
		N° Cuenta	
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	☐ NO	Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2022 supera los \$ 125'413.200	☐ NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° del contrato:	3382968/2022	N° Compromiso SIIF	9422
Valor Total del Contrato	\$ 37.800.000	N° Pago	10
Saldo Anterior del Contrato	\$ 5.400.000	Periodo objeto de pago	Del 01/11/2022 Al 30/11/2022
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 1.800.000	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado) INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR POR PERIODO FIJO PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL POR COMPETENCIAS DE FORMA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES OFERTADAS			

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 3.600.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.600.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.122.200	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Noviembre	Octubre	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.440.000	\$ 1.440.000	Valor Base retención en la fuente 2.122.200,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 180.000	\$ 180.000	Valor Base retención en la fuente ICA 3.189.600,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 230.400	\$ 230.400	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL	\$ 7.600	\$ 7.600	Menos Retención en la Fuente 0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Menos Retención IVA 0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Reteica - 8299 30.812,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -		0,966%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.800.400	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		0,000%
Dependientes hasta \$ 1.216.128	\$ 360.000		Otras Retenciones 0,00
Salud hasta \$ 608.064	\$ -		0,000%
Renta Exenta 25% \$ 9.120.960	\$ 707.400		0,000%
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		0,000%
			VALOR A PAGAR \$ 3.569.188,00 TARIFA

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL CIENTO OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
Atención formación titulada alistamiento de laboratorios ficha 2499595 Atención formación complementaria fichas 2598185 y 259890 Grupo de investigaciones Proyecto SGPS- 9556 "Recuperación de materiales termoplásticos Acompañamiento etapa productiva	

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 diligenciados.	 RAUL BELTRAN CAICEDO 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, JOSE ADRIANO SUESCA SANCHEZ 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

RUBEN DARIO MONTOYA ZAPATA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

La empresa **RAUL BELTRAN**, identificada con **CC** número **19443205**, aportó por el empleado **RAUL BELTRAN CAICEDO** identificado(a) con **CC** número **19443205** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para el periodo de pensión de 2022-10 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	I N G	R E D	T A D E	T A D P	T A S P	V S T	S L N	I G M E	L M A	V A C	V C T	I R P	CORRECCIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APOORTE	COTIZACIÓN Y/O APOORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS008	Compensar EPS	57													0	30	\$1,440,000	0.12500	\$180,000	\$0	\$0	Octubre - 2022	8362666327	02/11/2022	No
230301	Porvenir	57													0	30	\$1,440,000	0.16000	\$230,400	\$0	\$0	Octubre - 2022	8362666327	02/11/2022	No
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	57													0	30	\$1,440,000	0.00522	\$7,600	\$0	\$0	Octubre - 2022	8362666327	02/11/2022	No
CCF24	Compensar Caja de Compensación Filiar	57													0	30	\$1,440,000	0.00600	\$8,700	\$0	\$0	Octubre - 2022	8362666327	02/11/2022	No

PAGADA

El presente certificado se expide a los **8** días del mes **November** de **2022**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.



CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 08 de febrero de 2022

Señores:

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (SENA).

Ciudad.

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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	1013149599	Nicolas Beltrán Gañan	HIJO
------	------------	-----------------------	------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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,



FIRMA

Nombre: Raúl Beltrán Caicedo

C.C. 19443205 de Bogotá

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

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

55871159

NUIP 1013149599

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 53 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 2 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

NOTARIA 53 DE BOGOTA - COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA :*****

Datos del inscrito

Primer Apellido BELTRAN :***** Segundo Apellido GAÑAN :*****

Nombre(s)

NICOLAS :*****

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año 2 0 1 5 Mes O C T Día 1 4 MASCULINO O POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ, D.C. :*****

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO :***** 13135659-3 :*****

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

GAÑAN BENITEZ DIANA CAROLINA :*****

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

C.C. 53082332 :***** COLOMBIANA :*****

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

BELTRAN CAICEDO RAUL :*****

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

C.C. 19443205 :***** COLOMBIANA :*****

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BELTRAN CAICEDO RAUL :*****

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

C.C. 19443205 :***** *Raul Beltran*

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

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Año 2 0 1 5 Mes O C T Día 1 7

HECTOR ADOLFO SINTURA VARELA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Raul Beltran

Firma

HECTOR ADOLFO SINTURA VARELA

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS TOMO:266, FOLIO:255