

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	<p align="center">FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL AMAZONAS</p> <p align="center">CENTRO PARA LA BIODIVERSIDAD Y EL TURISMO DEL AMAZONAS</p>		Código Regional	91
			Código Centro	951710
			Fecha Elaboración	Junio de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	81325-373072
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		JULIO ANDRES MARTINEZ BERMUDEZ		
Correo electrónico contratista:		jaymartinez@sena.edu.co		
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	NO
			Es declarante de renta?	SI
			Es Pensionado?	NO
Banco al cual consignar:		BANCO BBVA		
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000:		SI		
Inducción SST		SI		
Presta Servicios Excluidos de IVA ?		SI		
Tipo de cta		AHORROS		
N° Cuenta		0506263623		
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los \$ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA)				NO
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato:	4406241/2023	N° Compromiso SIIF	46823	
Valor Total del Contrato	\$ 12.209.390	N ° Pago	1	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 12.209.390	Periodo objeto de pago	Del 09/06/2023 Al 30/06/2023	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 9.440.250	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00	
OBJETO CONTRACTUAL:		SERVICIOS PERSONALES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO APOYO EN EL ÁREA DE CONTRATACIÓN EN LOS PROCESOS OPERATIVOS EN CADA UNA DE LAS ETAPAS CONTRACTUALES EN EL CBTA. RAD. 91-9-2023-000961		
(Descripción del servicio prestado)				
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 2.769.140	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	\$ 2.769.140	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.616.645	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	Junio	Mayo		
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.160.000	\$ 0	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 1.616.645,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 145.000	\$ 0	Base retención en la fuente a titulo de ICA 2.769.140,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 185.600	\$ 0	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
ARL	\$ 6.100	\$ 0	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ 8.835.833	\$ -	Menos Retencion IVA 0,00 15%	
\$ 692.285	\$ -	\$ -	Reteica - 8299 0,00 0,700%	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ 13.430.466	\$ -	Pro-Univesidad de la Amazonia 27.691,00 1,000%	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ 13.430.466	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ 4.241.200	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza 0,00	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Dependientes hasta	\$ 1.357.184	\$ 276.914	VALOR A PAGAR \$2.741.449,00	
Salud hasta	\$ 678.592	\$ -		
Renta Exenta 25%	\$ 2.792.123	\$ 538.882		
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		
SON: DOS MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
REVISION HOJA DE VIDA DE CONTRATISTAS MODIFICACION ORDEN DE COMPRA DE ASEO Y CAFETERIA 2023 POR TIENDA VIRTUAL PROYECCION FUID Y HOJAS DE CONTROL DE ARCHIVO CONTRATACION 2023 NOVEDADES DE CESION DE CONTRATISTAS EN LA PLATAFORMA SICONTRATISTAS VALIDACION DE HOJAS DE VIDA DE CONTRATISTAS EN SIGEP 11 SOLICITUD ADICION A RP DE CONTRATO DE TIQUETES AEREOS 2023				
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.			 JULIO ANDRES MARTINEZ BERMUDEZ EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,	
			CONSTANZA NOHEMI SILVA FORERO PROFESIONAL G01	
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 ARTURO ARANGO SANTOS SUBDIRECTOR DE CENTRO G 02 CON FUNCIONES DE DIRECTOR REGIONAL				

Información básica de la planilla

Empresa:	JULIO ANDRES YAMID MARTINEZ BERMUDEZ	NIT:	1121206563
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	mayo 2023
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	mayo 2023
Número de Radicación:	68146839	Total a pagar:	\$603,200
Fecha de vencimiento:	15/06/2023	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	01/06/2023	Número de Administradoras:	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	Número Autorización:	2112176823
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		\$0	\$10,900
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		\$0	\$332,500
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		\$0	\$259,800
						\$603,200

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1121206563	JULIO ANDRES YAMID MARTINEZ BERMUDEZ		CARRERA 6 N 8 57	5920000	jm.juridico91@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			AMAZONAS	LETICIA	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2023-05	2023-05	I	01/06/2023	68146839	\$603.200
TOTAL A PAGAR					

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	259.800	0		0		0	0	0	0	259.800	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	332.500	0	0	0	0	0	0		332.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	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
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	10.900				10.900	0	0	10.900			109	10.900	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	259.800	259.800
Pensión	1	332.500	332.500
Riesgos Laborales	1	10.900	10.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	603.200	603.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1121206563	JULIO ANDRES YAMID MARTINEZ BERMUDEZ		CARRERA 6 N 8 57	5920000	jm.juridico91@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			AMAZONAS	LETICIA	
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2023-05	2023-05	I	01/06/2023	68146839	\$603.200

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1121206563	MARTINEZ BERMUDEZ JULIO ANDRES YAMID	59	0		N																			25-14	2.078.000	332.500	0	0	0	0	EPS005	2.078.000	259.800	14-23	2.078.000	1	10.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente **JULIO ANDRES YAMID MARTINEZ BERMUDEZ**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 1.121.206.563** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 506263623** apertura el **31 de agosto de 2016**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **14** días del mes de **junio** del año **2023**.

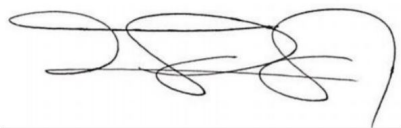
Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0506263623**

Cuenta de 16 dígitos: **0506000200263623**

Cuenta de 20 dígitos: **00130506000200263623**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Leticia, 15 de junio de 2023

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (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 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:

NUIP - NIP	1141530544	ALICE MARIEL MARTINEZ CAMPAÑA	HIJO
-------------------	-------------------	--------------------------------------	-------------

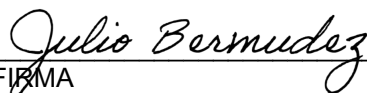
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: **JULIO ANDRES YAMID MARTINEZ BERMUDEZ**

C.C. 1121206563 DE LETICIA



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

58031694

NUIP

1141530544

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código D U A
País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. NOTARIA 69 BOGOTÁ DC * * * * *

Datos del Inscrito

Primer Apellido * * * * * Segundo Apellido * * * * *
MARTINEZ * * * * * CAMPAÑA * * * * *
Nombre(s) * * * * *
ALICE MARIEL * * * * *
Fecha de nacimiento * * * * * Sexo (en letras) * * * * * Grupo sanguíneo * * * * * Factor RH * * * * *
Año 2 0 2 2 Mes S E P Día 0 6 FEMENINO O POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección) * * * * *
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos * * * * * Número certificado de nacido vivo * * * * *
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * 22099310076207 * * * * *

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos * * * * *
CAMPANA VERA DAYRA YISSETH * * * * *
Documento de identificación (Clase y número) * * * * * Nacionalidad * * * * *
CC No. 1022365149 * * * * * COLOMBIA * * * * *

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos * * * * *
MARTINEZ BERMUDEZ JULIO ANDRES YAMID * * * * *
Documento de identificación (Clase y número) * * * * * Nacionalidad * * * * *
CC No. 1121206563 * * * * * COLOMBIA * * * * *

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos * * * * *
MARTINEZ BERMUDEZ JULIO ANDRES YAMID * * * * *
Documento de identificación (Clase y número) * * * * * Firma * * * * *
CC No. 1121206563 * * * * *

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 2 2 Mes S E P Día 1 2 MARIA INES PANTOJA PONCE
Nombre y firma del funcionario que autoriza * * * * *
MARIA INES PANTOJA PONCE

Reconocimiento paterno * * * * * Nombre y firma del funcionario que autoriza * * * * *
Firma * * * * * MARIA INES PANTOJA PONCE

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO: LIBRO DE VARIOS TOMO N 45 FOLIO N 172; 12/09/2022



- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REGISTRO CIVIL

El presente registro es fotocopia autentica
tomada del original que reposa en nuestros
archivos de Registro Civil de Nacimiento.
Válido para acreditar parentesco.
Se expide a solicitud de

12 SET. 2022

Bogotá D.C.

MARIA INES PANTOJA PONCE
Notaria 69

Este Registro tiene validez permanente



Oficina Virtual de Radicación SENA

15 de junio de 2023
 MINISTERIO DEL TRABAJO

 Inicio

 Nueva Radicación

 Consulta Radicación

 Administración

Información de Radicación

El número de radicado asignado es:

72023141477

También recibirá un correo electrónico con esta información.

Tenga en cuenta que nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., por lo tanto, si su solicitud esta fuera de este horario se empezara a procesar a partir del día hábil siguiente.

 REGRESAR AL INICIO



Servicio Nacional de Aprendizaje SENA - Dirección
General
Calle 57 No. 8 - 69 Bogotá D.C. (Cundinamarca),
Colombia
Conmutador Nacional (57 1) 5461500 - Extensiones
Atención presencial: lunes a viernes 8:00 a.m. a 5:30



Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.