SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL VALLE
DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO

Código Regional	**76**
Código Centro	**101076**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**62999-596098**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: MANUELA JIMENEZ PALACIOS
Correo electrónico contratista: mjimenez@sena.edu.co
C.C. 1.143.824.654 **IP/Nº de contacto** 23870

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 73291058385

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

Nº del contrato: 4621679/2023 **Nº Compromiso SIIF** 23523

Valor Total del Contrato	$ 49.760.458	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 16.134.452	**9**	**Del**	**01/10/2023**	**Al**	**31/10/2023**	**$ 4.523.678,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 11.610.774		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ORIENTACIÓN DE USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO EMPRESARIAL, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS Y PROCESO DE EMPRENDIMIENTO Y EMPRESARISMO DEL SENA.DE LA DIRECCIÓN GENERAL DEL SENA

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.523.678		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.523.678**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.540.297**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Octubre	Setiembre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9456839138**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.540.297,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.809.471	$ 1.809.471	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.523.678,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 226.200	$ 226.200	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 289.600	$ 289.600	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I	$ 9.500	$ 9.500	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.130.919	$ -		Reteica - 7020	36.189,00	0,800%
			-	0,00	
			-	0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -		Pro-UCEVA	22.618,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -		Universidad del Pacífico	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	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -				
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 452.368		Descuentos de Libranza	0,00	
Salud hasta $ 678.592	$ 158.947		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 846.766				
Retención en la Fuente Contingente	$ -		**VALOR A PAGAR**	**$4.464.871,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realiza reunión con el equipo SBDC CLEM para plantación de trabajo y para la revisión de compromisos
Atención a emprendedores y empresarios en sala de emprendimiento SBDC
Se realiza entrenamiento en ideación a emprendedores
Se realiza asesoría para fortalecimiento empresarial a la empresa Ohana salon
Se realiza acompañamiento en la ejecución de proyecto FE a la empresa Comercializadora y Productora la Diana SAS
Se realiza acompañamiento en la ejecución de proyecto FE a la empresa Granja las Gemelas SAS
Elaboración del informe de las actividades del mes de octubre
se realiza asesoria para otras fuentes financiación a la empresa santybaby
se realiza asesoria para otras fuentes financiación al emprendedor juan Felipe Valcárcel

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.

MANUELA JIMENEZ PALACIOS
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,

MARCELO ANTONIONI AGUILAR MONTERO
INSTRUCTOR

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

FERNANDO JOSE MURIEL ANDRADE

DIRECTOR REGIONAL

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1143824654		JIMENEZ PALACIOS MANUELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 2 norte # 10 -27	ROLDANILLO-VALLE	2298820	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	190241981	9456839138	I	2023/10/12	2023/10/02	BANCOLOMBIA	0	$561,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,809,471	$289,600			$1,809,471	$226,200			$1,809,471	$36,200			$1,809,471	$9,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,809,471	$289,600			$1,809,471	$226,200			$1,809,471	$36,200			$1,809,471	$9,500		$0	$0
Ciudad: ROLDANILLO Depto: VALLE (1 Afiliados)					$1,809,471	$289,600			$1,809,471	$226,200			$1,809,471	$36,200			$1,809,471	$9,500		$0	$0
1	CC 1143824654	JIMENEZ MANUELA	25-14	30	$1,809,471	$289,600	EPS037	30	$1,809,471	$226,200	CCF57	30	$1,809,471	$36,200	14-23	30	$1,809,471	$9,500	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,809,471	$289,600			$1,809,471	$226,200			$1,809,471	$36,200			$1,809,471	$9,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1143824654		JIMENEZ PALACIOS MANUELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 2 norte # 10 -27	ROLDANILLO-VALLE	2298820	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	190241981	9456839138	I	2023/10/12	2023/10/02	BANCOLOMBIA	0	$561,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$289,600	$0	$0	$289,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$289,600	$0	$0	$289,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,500	$0	$0	$9,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,500	$0	$0	$9,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,200	$0	$0	$36,200
COMFANDI	CCF57	890,303,208	5	1	$36,200	$0	$0	$36,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$226,200	$0	$0	$226,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$226,200	$0	$0	$226,200
TOTAL				1	$561,500	$0	$0	$561,500

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Tuluá, 14 de octubre de 2023

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deduciblede 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	**1.113.794.293**	**Antonella Jiménez Palacios**	**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,

Manuela Jimenez P.

FIRMA
Nombre: Manuela Jiménez Palacios
C.C. 1.143.824.654

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.113.794.293

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59329247

59329247

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] X Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** V 6 X

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

REGISTRADURIA DE ROLDANILLO - COLOMBIA - VALLE - ROLDANILLO.....

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
JIMENEZ.....	PALACIOS.....

Nombre(s)

ANTONELLA.....

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes FEB Día 11	FEMENINO.....	AB....	POSITIVO.

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

COLOMBIA VALLE TULUA.....

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO.....	148718310.....

Datos de la 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

JIMENEZ PALACIOS MANUELA.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.143.824.654.....	COLOMBIA.....

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
.....	.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

JIMENEZ PALACIOS MANUELA.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.143.824.654.....	Manuela Jimenez

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 2019 Mes FEB Día 27	FREYMAR ANDRES ANGOLA CARDONA - R Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

27.FEB.2019 - SE REGISTRA CON BASE EN LA LEY 1395 DE 2010.

REGISTRADURIA DEL ESTADO CIVIL ROLDANILLO VALLE

27 FEB. 2019

OFIXPRES 100238573

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Scanned with CamScanner

Salud

Documento resumen de las condiciones contratadas

Allianz

Certificado del seguro

de Allianz Medicall Care

www.allianz.co

LINA MARIA GALLEGO
Agente de Seguros Vinculado
CC: 42116970
TRANSVERSAL 10 NO 9-220 P- 4 201
DOS QUEBRADAS
Tel. 3366133
Móvil 3104212331
E-mail: lina.gallego@allia2.com.co

Datos Generales

Tomador del Seguro:	JIMENEZ PALACIO, MANUELA CC: 1143824654 KR 2 NORTE 10 27 BR ALCOZ ROLDANILLO Teléfono: 3162785247 Email: manue327@gmail.com
Beneficiario/s:	TI: 1113794293 JIMENEZ PALACIO ANTONELLA
Póliza y duración:	Póliza nº: 023190853 / 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 16/12/2022 hasta las 24:00 horas del 30/11/2023. Importes expresados en PESO COLOMBIANO.

Datos del Asegurado

Asegurado Principal:	JIMENEZ PALACIO, ANTONELLA CRA 2 NORTE NO 10-27 ROLDANILLO	**TI:**	1113794293
Email:	manue327@gmail.com		

02072019-1401-NT-P-35-Salud_Individual
13/05/2020-1401-P-35-MedicAll_Care_AZ-000I

Coberturas - Paquete 4 - Care 4

Coberturas /Subcoberturas	Capitales en Red			Capitales Fuera de Red		Deducibles	
	Capital	Sub Límite	Tipo Sub Límite	Sub Límite	Tipo Sub Límite	En Red	Fuera de Red
Hospitalización							
Habitación hospitalaria		Ilimitado	$ Acto	0	0	0	0
Cama de acompañante		Ilimitado	$ Acto	0	0	0	0
Enfermera especial		Ilimitado	$ Acto	0	0	0	0
Unidad de cuidados intensivos		Ilimitado	$ Acto	0	0	0	0
Servicios hospitalarios		Ilimitado	$ Acto	0	0	0	0
Honorarios médicos		Ilimitado	$ Acto	0	0	0	0
Honorarios médicos por tratamiento intra - hospitalario		Ilimitado	$ Acto	0	0	0	0
Gastos pre y post hospitalarios		0	0	1.990.000	Vigencia	0	0
Tratamiento psiquiátrico		s/condicionado	$ Acto	s/condicionado	0	0	0
Urgencias							
Urgencias		Ilimitado	$ Acto	0	0	71.000	0

16-12-2022 18:05:26 03101010040000100C052 CA025280 1080943

Coberturas /Subcoberturas	Capitales en Red			Capitales Fuera de Red		Deducibles	
	Capital	Sub Límite	Tipo Sub Límite	Sub Límite	Tipo Sub Límite	En Red	Fuera de Red
Prótesis							
Prótesis		21.200.000	Vigencia	0	0	0	0
Prótesis de miembros superiores e inferiores							
Prótesis de miembros superiores e inferiores		10.600.000	Vigencia	0	0	0	0
Órtesis							
Órtesis		2.000.000	Vigencia	2.000.000	Vigencia	0	0
Enfermedades congénitas							
Enfermedades congénitas		21.600.000	Vigencia	0	0	0	0
Gastos del donante - Trasplantes							
Gastos del donante - Trasplantes		25.900.000	Vigencia	0	0	0	0
Cuidados prolongados							
Cuidados prolongados		s/condicionado	Vigencia	s/condicionado	0	0	0
Emergencia odontológica							
Emergencia odontológica		Ilimitado	Vigencia	0	0	0	0
Exámenes							
Exámenes especiales de diagnóstico		3.820.000	Vigencia	0	0	38.000	0
Exámenes de laboratorio y Rx - Rutina y especializados		Ilimitado	Vigencia	0	0	8.000	0
Consultas							
Consulta prioritaria		Ilimitado	Vigencia	0	0	24.000	0
Consultas médicas		Ilimitado	Vigencia	0	0	37.000	0
Consultas de neuropsicología		570.000	Vigencia	0	0	0	0
Consultas de psiquiatría		4.270.000	Vigencia	0	0	37.000	0
Consulta domiciliaria		Ilimitado	Vigencia	0	0	37.000	0
Terapias							
Terapias		Ilimitado	Vigencia	0	0	0	0
Terapia domiciliaria		Ilimitado	Vigencia	0	0	37.000	0
Medicamentos ambulatorios							
Medicamentos para cáncer y SIDA		14.740.000	Vigencia	0	0	0	0
Tratamiento ambulatorio para el cáncer							
Tratamiento ambulatorio para el cáncer		Ilimitado	$ Acto	0	0	0	0

Liquidación primas por Asegurado

Asegurado	Prima Anual sin IVA
JIMENEZ PALACIO, ANTONELLA	1.894.400,00

Prima no incluye liquidación del IVA

Liquidación de Primas

Nº de recibo: 909628763

Periodicidad del pago: ANUAL

Período: de 16/12/2022 a 30/11/2023

PRIMA	1.816.548,00
IVA	90.827,00
IMPORTE TOTAL	**1.907.375,00**

Servicios para el Asegurado

Urgencias y Asistencia

Desde su celular al #**265**
En Bogotá ..... **(57) 601 5941122**
Línea de atención al cliente a nivel nacional **01 8000 513500**

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja, visite **www.allianz.co**, enlace Atención al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Se hace constar expresamente que sin el pago del recibo de prima carecerá de validez la cobertura del seguro



Representante Legal
Allianz Seguros de Vida S.A.

Nota Importante:

El contrato de seguro está integrado por la carátula de la póliza, las condiciones generales y particulares de la póliza, la solicitud de seguro firmada por el asegurado, los formularios de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

De conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio, la mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a la compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

* Grandes contribuyentes, régimen común. No sujeto a retención.

Expedido el día 16 de Diciembre de 2022.

02072019-1401-NT-P-35-Salud_Individual
13/05/2020-1401-P-35-MedicAll_Care_AZ-000I