SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL CÓRDOBA**
**CENTRO AGROPECUARIO EL PORVENIR-CÓRDOBA**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **23** |
| **Código Centro** | **911510** |
| **Fecha Elaboración** | **Febrero de 2024** |
| **Versión** | **ENERO 2024 - 1,24** |
| **ID de Proceso** | **19558-513353** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | EUCLIDES RAFAEL CORDERO GALVIS | **C.C.** | 15.038.771 | **IP/Nº de contacto** | 3142442085 |
| **Correo electrónico contratista:** | ercordero@sena.edu.co | | | | |

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

**Banco al cual consignar:** BANCO BBVA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

**Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 760085910

**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:** 5814778/2024 **Nº Compromiso SIIF** **11824**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 44.655.450 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 44.655.450 | **1** | **Del** | **01/02/2024** | **Al** | **29/02/2024** | **$ 4.465.545,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 40.189.905 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE INSTRUCTORES DE DIFERENTES ÁREAS DEL CONOCIMIENTO PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN DEL SENA CON LA MEDIA DOBLE TITULACIÓN EN EL AREA DE SISTEMAS AGROPECUARIOS ECOLOGICO

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.465.545 | | 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** | **$ 4.465.545** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 3.258.334** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Febrero | Enero |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **7909404740** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 893.109 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 111.700 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 0 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL II | $ 9.400 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 1.116.386 | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916 | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500 | $ - | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Dependientes hasta $ 1.506.080 | $ - | |
| Salud hasta $ 753.040 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 3.098.445 | $ 1.086.111 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 3.258.334,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.353.845,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 | 8.708,00 | 0,200% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$4.456.837,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizó visita, socialización y recolección de documentos de aprendices Grado 10 en la I.E San Clemente, municipio Tierralta
Se realizó visita, socialización y recolección de documentos de de aprendices Grado 10 de la I.E Nuevo Oriente, municipio Tierralta
Se realizó visita, socialización y recolección de documentos de de aprendices Grado 10 de la I.E El Viajano, municipio Sahagún
Asistencia a reunión con el equipo Coordinador de Articulación con la media, se abordaron temas relacionados con la recolección de documentos de los Grado 10 de las instituciones asignadas y se realizo inducción del Programa

**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.

**EUCLIDES RAFAEL CORDERO GALVIS**
**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,

**MARIOLIZ BALLESTEROS HERRERA**
**INSTRUCTOR G09**

**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**

**TRINIELENA BRUNAL CABRALES**

**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 15038771 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | EUCLIDES RAFAEL CORDERO GALVIS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SAHAGUN | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | CRA 18 NO 6-21 BARRIO SAN | TELÉFONO: | 7000000 |
| 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: | **7909404740** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | enero | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | enero |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2024 | SALUD: | AÑO: | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/01/30 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 423919073 |

## NOVEDADES

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

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900156264 | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | $ 162.500 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 162.500** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 13.600 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 13.600** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 176.100** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 176.100** |

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 15038771 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | EUCLIDES RAFAEL CORDERO GALVIS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SAHAGUN | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | CRA 18 NO 6-21 BARRIO SAN RAFAEL | TELÉFONO: | 7000000 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO | | |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7909404740** | | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES enero AÑO 2024 | | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES enero AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2024/01/30 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 423919073 |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 162.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 162.500** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 162.500** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 13.600 | $ 13.600 | $ 0 | $ 0 | $ 13.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 13.600** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 13.600** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF | ADMIN | TOTAL APORTE | SENA | TOTAL APORTE | ICBF | TOTAL APORTE | ESAP | TOTAL APORTE | MINEDU | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 15038771 | CORDERO GALVIS EUCLIDES RAFAEL | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | NO OBLIG COT PENS EDAD | $ 1.300.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 30 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.300.000 | $ 162.500 | $ 0 | $ 162.500 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.300.000 | 15038771 | $ 13.600 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 176.100** |

Planilla Pagada

**RESOLUCIÓN COLPENSIONES**

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

**VICEPRESIDENCIA COMERCIAL Y DE SERVICIO AL CIUDADANO**

**Trámite de Notificación:** 2019_17265145

**PUNTO COLPENSIONES:** OFICINA SECCIONAL B MONTERÍA
**SUBTRÁMITE(S) RECONOCIMIENTO:** 2019_16490713
**OTROS SUBTRÁMITES:**

**TIPO DOCUMENTO CAUSANTE:** CC
**NÚMERO DOCUMENTO CAUSANTE:** 15038771
**NOMBRE CAUSANTE:** EUCLIDES RAFAEL CORDERO GALVIS

En MONTERÍA - CORDOBA el 27 de diciembre de 2019

Se presentó EUCLIDES RAFAEL CORDERO GALVIS, identificado con CC 15038771 en calidad de Afiliado. Con el fin de notificarse de la resolución N° SUB 336435 del 9 de diciembre de 2019, mediante la cual SE RECONOCE INDEMNIZACION VEJEZ.

Enterado de su contenido, se informa que contra la presente Si procede el (los) recurso(s) de Reposición y/o en subsidio de apelación, los cuales en determinado caso deben ser interpuestos ante Colpensiones, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 76 de la ley 1437 del 2011.

Para constancia de lo anterior, se suscribe por las personas que intervinieron en la diligencia y se hace entrega de la copia íntegra, auténtica y gratuita del acto administrativo.
En el evento que el reconocimiento de la prestación corresponda al cumplimiento de una orden judicial en la que hubiera condenado a la administradora del régimen de prima media al pago y/o reconocimiento de una prestación económica, declaro bajo juramento que SI ___ NO X NO APLICA _____ he iniciado proceso ejecutivo para hacer efectivo el cumplimiento de dicha orden y/o que no he recibido pago alguno por este concepto so pena de incurrir en el delito de fraude procesal tipificado en el artículo 453 del código penal. Así mismo declaro bajo gravedad de juramento. So pena de incurrir en conducta tipificada en el artículo 442 del código penal Colombiano modificada por el artículo 8 de la ley 890 de 2004 "falso testimonio". El que en actuación judicial o Administrativa, bajo la gravedad de juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de cuatro a ocho años, que NO he solicitado, ni devengo pensión alguna que provenga del erario público que contravenga con el artículo 128 de Constitución Política Colombiana. Igualmente no devengo pensión del sector público o privado de carácter compartida conforme al decreto 758 de 1990.

OBSERVACIONES_____

FIRMA:_____

NOMBRE NOTIFICADO: EUCLIDES CORDERO GALVIS
CC 15038771

FIRMA:_____

NOMBRE NOTIFICADOR: Naguth Alfonso Banqueth Verbel
CC 78032295

REPUBLICA DE COLOMBIA

ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO
RADICADO No. 2019_15828099 SUB 336435
09 DIC 2019

POR MEDIO DE LA CUAL SE RECONOCE UNA INDEMNIZACIÓN SUSTITUTIVA DE LA PENSIÓN DE VEJEZ.

EL SUBDIRECTOR DE DETERMINACION DE LA DIRECCION DE PRESTACIONES ECONOMICAS DE LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, en uso de las atribuciones inherentes al cargo y,

**CONSIDERANDO**

Que el (la) señor(a) **CORDERO GALVIS EUCLIDES RAFAEL,** identificado(a) con CC No. 15,038,771, solicita el 26 de noviembre de 2019 el reconocimiento y pago de una indemnización sustitutiva de una pensión de vejez, radicada bajo el No 2019_15828099.

Que nació el 28 de julio de 1956 y actualmente cuenta con 63 años de edad.

Que obra declaración juramentada extrajuicio en la que el(a) solicitante manifiesta su imposibilidad de continuar cotizando al sistema general de pensiones.

Que el (la) peticionario(a) ha cotizado los siguientes tiempos de servicio:

| ENTIDAD LABORO | DESDE | HASTA | NOVEDAD | DIAS |
|---|---|---|---|---|
| CORDERO GALVIS EUCLIDES RAFAEL | 19981101 | 19981231 | TIEMPO SERVICIO | 60 |
| CORDERO GALVIS EUCLIDES RAFAEL | 20040301 | 20040331 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| CORDERO GALVIS EUCLIDES RAFAEL | 20100901 | 20101130 | TIEMPO SERVICIO | 90 |
| CORDERO GALVIS EUCLIDES RAFAEL | 20101201 | 20101231 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| CORDERO GALVIS EUCLIDES RAFAEL | 20110101 | 20110131 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| CORDERO GALVIS EUCLIDES RAFAEL | 20110201 | 20110331 | TIEMPO SERVICIO | 60 |
| CORDERO GALVIS EUCLIDES RAFAEL | 20120901 | 20121231 | TIEMPO SERVICIO | 120 |
| CORDERO GALVIS EUCLIDES RAFAEL | 20130101 | 20130331 | TIEMPO SERVICIO | 90 |
| CORDERO GALVIS EUCLIDES RAFAEL | 20130701 | 20131231 | TIEMPO SERVICIO | 180 |
| CORDERO GALVIS EUCLIDES RAFAEL | 20140101 | 20140131 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| CORDERO GALVIS EUCLIDES RAFAEL | 20140201 | 20140731 | TIEMPO SERVICIO | 180 |
| CORDERO GALVIS | 20160901 | 20160930 | TIEMPO SERVICIO | 30 |

SUB 336435
09 DIC 2019

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| EUCLIDES RAFAEL | | | | | |
| CORDERO EUCLIDES RAFAEL | GALVIS | 20161001 | 20161231 | TIEMPO SERVICIO | 90 |
| CORDERO EUCLIDES RAFAEL | GALVIS | 20170201 | 20170228 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| CORDERO EUCLIDES RAFAEL | GALVIS | 20170301 | 20171130 | TIEMPO SERVICIO | 270 |
| CORDERO EUCLIDES RAFAEL | GALVIS | 20180201 | 20180831 | TIEMPO SERVICIO | 210 |
| CORDERO EUCLIDES RAFAEL | GALVIS | 20180901 | 20181130 | TIEMPO SERVICIO | 90 |
| CORDERO EUCLIDES RAFAEL | GALVIS | 20190201 | 20190220 | TIEMPO SERVICIO | 20 |
| CORDERO EUCLIDES RAFAEL | GALVIS | 20190301 | 20190331 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| CORDERO EUCLIDES RAFAEL | GALVIS | 20190401 | 20190930 | TIEMPO SERVICIO | 180 |

Que conforme lo anterior, el interesado acredita un total de 1,850 días laborados, correspondientes a 264 semanas.

| ENTIDAD LABORO | | DESDE | HASTA | NOVEDAD | DIAS |
|---|---|---|---|---|---|
| CORDERO EUCLIDES RAFAEL | GALVIS | 19981101 | 19981231 | TIEMPO SERVICIO | 60 |
| CORDERO EUCLIDES RAFAEL | GALVIS | 20040301 | 20040331 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| CORDERO EUCLIDES RAFAEL | GALVIS | 20100901 | 20101130 | TIEMPO SERVICIO | 90 |
| CORDERO EUCLIDES RAFAEL | GALVIS | 20101201 | 20101231 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| CORDERO EUCLIDES RAFAEL | GALVIS | 20110101 | 20110131 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| CORDERO EUCLIDES RAFAEL | GALVIS | 20110201 | 20110331 | TIEMPO SERVICIO | 60 |
| CORDERO EUCLIDES RAFAEL | GALVIS | 20120901 | 20121231 | TIEMPO SERVICIO | 120 |
| CORDERO EUCLIDES RAFAEL | GALVIS | 20130101 | 20130331 | TIEMPO SERVICIO | 90 |
| CORDERO EUCLIDES RAFAEL | GALVIS | 20130701 | 20131231 | TIEMPO SERVICIO | 180 |
| CORDERO EUCLIDES RAFAEL | GALVIS | 20140101 | 20140131 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| CORDERO EUCLIDES RAFAEL | GALVIS | 20140201 | 20140731 | TIEMPO SERVICIO | 180 |
| CORDERO EUCLIDES RAFAEL | GALVIS | 20160901 | 20160930 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| CORDERO EUCLIDES RAFAEL | GALVIS | 20161001 | 20161231 | TIEMPO SERVICIO | 90 |
| CORDERO EUCLIDES RAFAEL | GALVIS | 20170201 | 20170228 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| CORDERO EUCLIDES RAFAEL | GALVIS | 20170301 | 20171130 | TIEMPO SERVICIO | 270 |
| CORDERO EUCLIDES RAFAEL | GALVIS | 20180201 | 20180831 | TIEMPO SERVICIO | 210 |
| CORDERO EUCLIDES RAFAEL | GALVIS | 20180901 | 20181130 | TIEMPO SERVICIO | 90 |
| CORDERO EUCLIDES RAFAEL | GALVIS | 20190201 | 20190220 | TIEMPO SERVICIO | 20 |
| CORDERO EUCLIDES RAFAEL | GALVIS | 20190301 | 20190331 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| CORDERO EUCLIDES RAFAEL | GALVIS | 20190401 | 20190930 | TIEMPO SERVICIO | 180 |

SUB 336435
09 DIC 2019

Que conforme a lo anterior, el interesado acredita un total de 1,850 días laborados, correspondientes a 264 semanas Colpensiones.

Que el artículo 37 de la Ley 100 de 1993, dispone que: "Las personas que habiendo cumplido la edad para obtener la pensión de vejez no hayan cotizado el mínimo de semanas exigidas, y declaren su imposibilidad de continuar cotizando, tendrán derecho a recibir, en sustitución, una indemnización equivalente a un salario base de liquidación promedio semanal multiplicado por el número de semanas cotizadas; al resultado así obtenido se le aplica el promedio ponderado de los porcentajes sobre los cuales haya cotizado el afiliado."

Que el Decreto 1730 de 2001, reglamenta el artículo 37 la Ley 100 de 1993 referente a la Indemnización Sustitutiva del Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida y estableció en el artículo 1° la causación de derecho y en literal a) definió que habrá lugar a la indemnización sustitutiva cuando: "el afiliado se retire del servicio habiendo cumplido con la edad, pero sin el número mínimo de semanas de cotización exigido para tener derecho a la pensión de vejez y declare su imposibilidad de seguir cotizando".

Que igualmente la precitada norma establece en su artículo 4° como requisito para acceder a la prestación solicitada que "que el afiliado debe demostrar que ha cumplido con la edad y declarar bajo la gravedad del juramento que le es imposible continuar cotizando. También habrá lugar a la indemnización sustitutiva cuando el servidor público se retire del servicio por haber cumplido la edad de retiro forzoso y declare que está en imposibilidad de seguir cotizando".

Que para efectos de establecer la liquidación de la presente prestación, se dará cumplimiento a lo establecido en el artículo 3 del Decreto 1730 de 2001, el cual dispone que el valor de la Indemnización Sustitutiva de la pensión de vejez equivale a un salario base de liquidación promedio semanal multiplicado por el número de semanas cotizadas, a cuyo resultado se le aplica el promedio ponderado de los porcentajes sobre los cuales cotizó al Sistema de Pensiones, de lo cual resulta la siguiente fórmula:

Indemnización = [(Ingreso Base Liquidación/30) x 7] x (días / 7) x (Promedio Porcentajes de Cotización)

Que para determinar los valores a aplicar en las variables antes determinadas, resulta imperioso manifestar que el Ingreso Base de Liquidación, responde al promedio de lo cotizado por el tiempo en que el asegurado efectuó cotizaciones al Seguro Social.

Que en tal orden de ideas, para acceder a la prestación solicitada el afiliado debe reunir los siguientes requisitos: 1) No contar con el número de semanas cotizadas para acceder a la pensión de vejez, 2) Manifestar su imposibilidad de continuar cotizando al Sistema y 3) Contar con la edad de pensión correspondiente a 55 años en el caso de las mujeres y 60 en el caso de los

SUB 336435
09 DIC 2019

**ARTÍCULO TERCERO:** Esta indemnizacion estará a cargo de:

| ENTIDAD | DÍAS | VALOR CUOTA |
|---|---|---|
| ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES | 1850 | $9,649,206.00 |

**ARTÍCULO CUARTO:** La presente Indemnización Sustitutiva de pensión Vejez es incompatible con las pensiones de vejez y de invalidez. Salvo lo dispuesto en el artículo 53 del decreto 1295 de 1994.

**ARTÍCULO QUINTO:** Notifíquese al (la) Señor (a) **CORDERO GALVIS EUCLIDES RAFAEL** haciéndole saber que en caso de inconformidad contra la presente resolución, puede interponer por escrito los recursos de Reposición y/o Apelación. De estos recursos podrá hacerse uso dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación, manifestando por escrito las razones de inconformidad, según el C.C.A.

Dada en Bogotá, D.C. a:

COMUNIQUESE NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE

INGRID CAROLINA ARIZA CRISTANCHO
SUBDIRECTORA DE DETERMINACION III
COLPENSIONES

LIQUIDADOR
ANALISTA COLPENSIONES

REVISOR AUTOMATICO

COL-ISV-03-501.1

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14973248105

(415)7707212489984(8020) 000001497324810 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 1 5 0 3 8 7 7 1 | 1 | Impuestos y Aduanas de Montería | 1 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 5 0 3 8 7 7 1 | 1 9 7 6 0 1 1 7 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Sahagún 6 6 0 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CORDERO | GALVIS | EUCLIDES | RAFAEL |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Sahagún 6 6 0 |

41. Dirección principal: CR 18 6 18 BRR SAN RAFAEL

42. Correo electrónico: euracor2011@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 4 2 4 4 2 0 8 5 | |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Actividad principal** | | **Actividad secundaria** | | **Otras actividades** | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 7 5 0 0 | 2 0 1 4 0 1 1 6 | 0 1 4 1 | 2 0 0 7 0 3 0 6 | | | | 2 2 2 5 | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

| Usuarios aduaneros | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 54. Código | | | | | | | | | | |
| | 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 2024 - 01 - 17 / 15 : 05: 25

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CORDERO GALVIS EUCLIDES RAFAEL

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

## Hace constar:

Que el Sr(a) EUCLIDES RAFAEL CORDERO GALVIS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 15038771 realizó el día 14/02/2024 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

## Compromiso SST:

Yo EUCLIDES RAFAEL CORDERO GALVIS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 15038771 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.



Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

# Hace constar:

Que el Sr(a) EUCLIDES RAFAEL CORDERO GALVIS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 15038771 el día 15/02/2024 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas