

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL CESAR CENTRO AGOREMPRESARIAL-CESAR		Código Regional	20	
			Código Centro	952010	
			Fecha Elaboración	Marzo de 2024	
			Versión	ENERO 2024 - 1,24	
			ID de Proceso	33944-597626	
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:		CAMILO MENA GALVIS	C.C.	91.540.444	IP/N° de contacto
Correo electrónico contratista:		camena444@misena.edu.co	0		
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 COLPATRIA	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	N° Cuenta
					1332049608
		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:		6001554/2024	N° Compromiso SIIF	28524	
Valor Total del Contrato		\$ 29.026.043	N ° Pago	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato		\$ 29.026.043	1	Del 01/03/2024 Al 31/03/2024	
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 24.560.498	Legalización comisiones del periodo		Valor Bruto Pago \$ 4.465.545,00
OBJETO CONTRACTUAL:		INSTRUCTOR: EN EL ÁREA DE PROCESOS QUIMICOS INDUSTRIALES PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL PRESENCIAL EN EL PROGRAMA DE DESPLAZADOS DEL CENTRO CPE NO. 20-9-2024-002242			
(Descripción del servicio prestado)					
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%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 4.465.545	Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.625.368	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		Marzo	Febrero	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218	\$ 0	Base retención en la fuente a titulo de ICA	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300	\$ 0	Valor base IVA	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	
ARL		\$ 9.400	\$ 0	Menos Retencion IVA	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ 9.805.208	\$ -	Reteica	
\$ 1.116.386		\$ -	\$ -	0,00 0,000%	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ 14.903.916	\$ -	Pro-Universidad	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ 14.903.916	\$ -	Otras Retenciones	
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ 4.706.500	\$ -	Otras Retenciones	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ -	Otras Retenciones	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ -	22.328,00 0,500%	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ -	Otras Retenciones	
Dependientes hasta		\$ 1.506.080	\$ 446.555	Otras Retenciones	
Salud hasta		\$ 753.040	\$ -	Descuentos de Libranza	
Renta Exenta 25%		\$ 3.098.445	\$ 875.123	Descuentos de embargo (Si tiene)	
Retención en la Fuente Contingente		\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR	
				\$4.443.217,00	
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS DIECISIETE PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Impartir formación profesional en el área de procesos químicos					
Realizar y desarrollar las guías de aprendizaje y actividades de aprendizaje					
Socialización de conocimientos previos en las competencias a desarrollar					
Registrar inasistencia en el aplicativo SENA SOFIA PLUS					
Asociar a los aprendices a la ruta de aprendizaje en el aplicativo Sena Sofia Plus					
Evaluar y registrar juicios evaluativos según programación, creación de rutas, asociación de aprendices e inasistencia de aprendices					
Manejar las diferentes plataformas las cuales se deben utilizar , para impartir formación					
Participar de las videoconferencias programadas por los lideres de los programas desplazados y complementaria bajo la coordinación					
Reportar a la líder y el supervisor de contratos los documentos solicitados					
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:			CAMILO MENA GALVIS EL CONTRATISTA		
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.			Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO			ROBINSON LOBO HERNANDEZ INSTRUCTOR G20		
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:			Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:		
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;			EL ORDENADOR DEL PAGO		
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;			SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO		
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.			SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)		

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	91540444	CAMILO ANDRES MENA GALVIS		Calle 13 #15-23	5651852	camilomenag@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CESAR	AGUACHICA	
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
2024-02	2024-02	I	06/03/2024	74774766	\$377.300
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	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
230901	Old Mutual	800253055-2	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	377.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	91540444	CAMILO ANDRES MENA GALVIS		Calle 13 #15-23	5651852	camilomenag@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CESAR	AGUACHICA	
						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
2024-02	2024-02	I	06/03/2024	74774766	\$377.300

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clasificación	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	91540444	MENA GALVIS CAMILO ANDRES	59	0		N																			230901	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0

PAGADA

CE-006 - 0000000100 – 2024

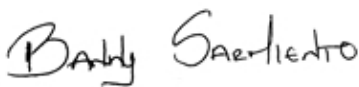
CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 91540444
NOMBRES Y APELLIDOS	Mena Galvis,Camilo Andres
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	22/12/2015
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Mena Galvis,Camilo Andres, a los 12 días del mes de marzo del año 2024.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación



**Skandia Pensiones y Cesantías S.A. con Nit. 800.148.514-2 como administradora
Skandia Fondo de Pensiones Obligatorias**

Certifica

A Quien interese

Que CAMILO ANDRES MENA GALVIS identificado con cédula de ciudadanía número 91540444 se encuentra afiliado(a) a SKANDIA FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS bajo la afiliación número 700001596111, vigente desde el 27 de Abril de 2013.

La anterior certificación se expide por solicitud del afiliado en Bogotá el 12 de Marzo de 2024.

Atentamente,

WALTER VALENZUELA CALDERON
Director de Servicio al Cliente

PORTAL-20240312-09:50-21413605

Bogotá
658 4000
484 1300

Resto del País
01 8000 517 526

Dirección
Av 19 # 109a - 30
Bogotá, Colombia

Correo
cliente@skandia.com.co

www.skandia.com.co





CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **CAMILO ANDRES MENA GALVIS** identificado con **CC No. 91540444**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	Fecha de inicio de cobertura: 01/03/2024 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 01/03/2024 Fecha fin de Contrato: 15/09/2024 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 5

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401013260534.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 12 días del mes de marzo de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 0 2 Actualización				4. Número de formulario 14985511333			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 1 5 4 0 4 4 4				6. DV 4		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Valledupar	
				14. Buzón electrónico 2 4			
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 9 1 5 4 0 4 4 4		27. Fecha expedición 2 0 0 3, 0 6, 2 7	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA		29. Departamento Cesar		30. Ciudad/Municipio Aguachica		0 1 1	
31. Primer apellido MENA		32. Segundo apellido GALVIS		33. Primer nombre CAMILO		34. Otros nombres ANDRES	
35. Razón social							
36. Nombre comercial CH PUB							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento Cesar		40. Ciudad/Municipio Aguachica		0 1 1	
41. Dirección principal CL 13 15 23							
42. Correo electrónico camilomenag@hotmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1 3 0 0 4 6 5 8 2 1 5		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN							
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código 8 5 5 1		47. Fecha inicio actividad 2 0 2 3, 0 1, 0 2		48. Código 0 1 4 1		49. Fecha inicio actividad 2 0 1 8, 0 2, 0 7	
50. Código 5 6 1 1		51. Código 1 2 2 2		52. Número establecimientos 1			
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 2 2 4 9, 5 0, 5 2							
22- Obligado a cumplir deberes formales a							
49 - No responsable de IVA							
50 - No responsable de Consumo restaurant							
52 - Facturador electrónico							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20				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 - 02 - 25 / 22 : 47: 57	
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.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
				984. Nombre MENA GALVIS CAMILO ANDRES			
				985. Cargo CONTRIBUYENTE			

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 1332049608 , con fecha de apertura 23 de Mayo de 2018 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): CAMILO ANDRES MENA GALVIS
Identificado(a) con tipo de documento C No. 91.540.444

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 25 días del mes de Febrero de 2024 .

Cordialmente,



Servicio al Cliente

Scotiabank Colpatría S.A.
www.scotiabankcolpatria.com




Hace constar:

Que el Sr(a) CAMILO MENA GALVIS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91540444 realizó el día 12/03/2024 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo CAMILO MENA GALVIS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91540444 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) CAMILO MENA GALVIS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91540444 el día 12/03/2024 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