

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL CASANARE		Código Regional	85
			Código Centro	951910
			Fecha Elaboración	Agosto de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
CERTIFICACION COMPETENCIAS LABORALES-CENTRO AGROINDUSTRIAL Y F			ID de Proceso	19502-092379

DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:	CLAUDIO WILLIAM CEBALLOS SIGHINOLFI	C.C.	19.102.136	IP/N° de contacto	84787
Correo electrónico contratista:	cceballoss@sena.edu.co				
Régimen del IVA:	☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO	Es declarante de renta?	☐ NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000	☐ NO	Inducción SST	☐ SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	☐ SI
Banco al cual consignar:	BANCO BBVA	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta	677049504
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 2020 supera los \$ 117.503.000	☐ NO		
Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas:	☐ N/A				
Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:	☐ N/A				
Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:	☐ N/A				

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° del contrato:	1682204/2020	N° Compromiso SIIF	77920		
Valor Total del Contrato	\$ 5.966.319	N ° Pago	2		
Saldo Anterior del Contrato	\$ 4.773.055	Periodo objeto de pago	Del	01/08/2020	Al
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 2.784.282	Comisiones	\$ 0,00		

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios	\$ 1.988.773	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%		
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 1.988.773	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.409.230				

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Agosto	Julio	Valor Base retención en la fuente	1.409.230,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 877.803	\$ 877.803	Valor Base retención en la fuente ICA	1.878.973,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 109.800	\$ 109.800	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 0	\$ 0	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 II	\$ 9.200	\$ 9.200	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Reteica - 8299	18.790,00	1,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -		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	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Salud hasta \$ 569.712	\$ -		VALOR A PAGAR	\$ 1.969.983,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 469.743				
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -				

SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
<p> Para continuar con el proceso de evaluación del proyecto P435 se aplican pruebas de Desempeño y producto según cronograma ajustado. Se solicitan instrumentos para aplicar prueba de Oportunidad en Conocimiento a 30 candidatos, previa verificación técnica con la Líder. Se reciben los instrumentos para la norma 260201074, Proyecto 439 y se hace verificación técnica, encontrando contingencia en 1 ítem. Se cita a reunión virtual a los candidatos inscritos en el proyecto 439 para dar inicio al proceso de certificación, aplazado por las condiciones sanitarias. Se ha participado en las reuniones virtuales de trabajo convocadas por la líder Dra. Diana Fernandez para estar al tanto de los eventos e informar de los avances, resultados y cumplimiento de metas del grupo de trabajo. </p>	

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:	CLAUDIO WILLIAM CEBALLOS SIGHINOLFI 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 suministrada es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.	CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:	Autorizo el presente pago. El Supervisor,
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.	DIANA ROCIO FERNANDEZ DIAZ PROFESIONAL G02
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	
JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA DIRECTORA REGIONAL	

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	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 109.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 109.800	\$ 0	\$ 0	\$ 109.800
SUBTOTALES:													\$ 109.800	\$ 0	\$ 0	\$ 109.800

[illegible]

TOTAL	\$ 119.000
--------------	-------------------