



SERVICIO NACIONAL
DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CASANARE
CERTIFICACION COMPETENCIAS LABORALES-CENTRO AGROINDUSTRIAL Y F

Código Regional	85
Código Centro	951910
Fecha Elaboración	Agosto de 2020
Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
ID de Proceso	52876-948739

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	Es Pensionado?	☐ SI
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:	☐						
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	1
Saldo Anterior del Contrato	\$ 5.966.319	Periodo objeto de pago	Del 13/07/2020 Al 31/07/2020
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 4.773.055	Comisiones	\$ 0,00
Valor Bruto Pago	\$ 1.193.264,00		

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 1.193.264	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		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 1.193.264	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 812.598	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Julio	Junio			
N° Planilla PILA, o, N° Radicación pago SS	-----	4347401070	Valor Base retención en la fuente	812.598,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 877.803	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	1.083.464,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 109.800	\$ 0	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	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Reteica - 8299	10.835,00	1,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -			0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -			0,00	
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	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Salud hasta \$ 569.712	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 270.866		VALOR A PAGAR	\$ 1.182.429,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -				

SON: UN MILLÓN CIENTO OCHENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS VEINTINUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

El proyecto P435 estaba aplazado por las condiciones de salud publica y se reactiva con 52 candidatos formalizados el el aplicativo Al este grupo en el mes de Febrero en los municipios de Pore y Yopal se les habia hecho de manera presencial la Sensibilizacion y la Induccion, sin embargo a travez de una reunion virtual se convoca nuevamente el grupo para reafirmar el compromiso de participacion y hacer reafirmar los conceptos expuestos en la reunion presencial de Febrero pasado
Se esta trabajando con la Dra. Lupi Solano en la Revisión técnica de la batería de instrumentos para la norma 260201017, Proyecto 229
Se aplica prueba virtual de conocimiento para 52 candidatos el día 29 de julio. Pruebas de Desempeño y producto a partir del día 31 de julio
Durante las reuniones de trabajo concertadas con la Lider, Dra. Rocio Fernandez se no ha tenido al corriente de las diferentes actividades y eventos concernientes a nuestra labor.

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.

CLAUDIO WILLIAM CEBALLOS SIGHINOLFI
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 periodo 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.
Et Supervisor,

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

[illegible][illegible][illegible][illegible]

PLANILLA No: 4329504024										TIPO DE PLANILLA: I										PERIODO COTIZACION OTROS SUBSISTEMAS: febrero - 2020										PERIODO COTIZACION SALUD: febrero - 2020										FECHA DE PAGO: 17/03/2020										FORMA DE PRESENTACION APORTANTE: UNICO																																																						
NOVEDADES															PENSIÓN															SEGURIDAD SOCIAL															SALUD															ARP															CCF															PARAFISCALES														
SALARIO BÁSICO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	VCT	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	ESAP	MINEDU																																																										
																						SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																																																																															
\$ 877.803																					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	0EPS005-SANITAS S.A.	\$ 0	30	\$ 877.803	\$ 109.800	\$ 0	\$ 109.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	\$ 877.803	19102136	\$ 9.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0																																																										

PLANILLA No. 4321746061		TIPO DE PLANILLA:		I PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:		enero - 2020		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		enero - 2020		FECHA DE PAGO:		31/01/2020		FORMA DE PRESENTACIÓN APORTANTE:		ÚNICO																																											
NOVEDADES												PENSIÓN																		SEGURIDAD SOCIAL										SALUD						ARP								PARAFISCALES							
SALARIO BÁSICO		ING	RET	TDE	TAE	TDP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE															
																						SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																																				
\$ 877.80301																					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0EPS005-SANITAS S.A.	30	\$ 877.803	\$ 109.800	\$ 0	\$ 109.800			\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0																
TOTAL PAGADO:		\$ 109.800																																																											



Recibido por: _____



Identificación

19102136

Código Único Paciente:

28127

Fecha Nacimiento:

03/01/1951

Nombre Paciente: Claudio William Ceballos Sighinolfi

Empresa: Particulares

Sección: crr21dn°22-03 p

Res Nro.	Sexo:	Edad:	Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
13671	Masculino	67	Años	Divorciado(a)	Tecnologo	YOPAL
						05/01/2018 14:38:39
tipo:	Ingreso	E.P.S. Afiliado:	SANITAS	Cargo:	EVALUADOR POR COMPETENCIAS	
trato:					Estrato:	[3] - Medio Bajo

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clínica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de EPS. Y se obtuvo el siguiente resultado:

CONCEPTO INGRESO:

☒	APTO para el Cargo
☐	No APTO para el Cargo
☐	Aplazado

TRABAJOS ESPECIALES:

☐	Alturas
☐	Espacios Confinados
☐	Manipulacion de Alimentos

CONCEPTO EGRESO:

☐	Satisfactoria	
☐	No Satisfactoria	
Valoracion por:	E.P.S. ☐	A.R.L. ☐

☐	PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD	☐	Reubicar Trabajador	☐	Continua en el Cargo
--------------------------	---	--------------------------	---------------------	--------------------------	----------------------

PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☐	Auditivo	☐	Visual	☐	CardioVascular	☐	Respiratorio	☐	Ergonomico	☐	Dermatologia
☐	Otros										

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Realizaron los siguientes examenes: Examen medico ocupacional con enfasis osteomuscular.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL:

Clinicamente no Presenta Alteracion de la Salud limitante o que pueda agravarse o complicarse con la exposicion laboral.

RESTRICCIONES:

ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES:

Generales: Higiene Postural. Alimentacion sana. Control Promoción y Prevención por EPS. PROGRAMAS DE PYP: SVE Biomecanico.

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y proposito del examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de explicar el proposito, los beneficios, la interpretacion, las limitaciones y riesgos del examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoria brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realizacion de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomara Asistir IPS & HSE. Para proteger la confidencialidad de mis datos. Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) estan completas y son veridicas. Autorizo a Asistir IPS & HSE para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislacion vigente, la informacion registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las acciones contempladas en la misma legislacion. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.



05/01/2018 14:38:10
Dr. Quintero / RM: Registro Medico 383 --
Especialista en Salud Ocupacional - Res.
Medico Atendio 05/01/2018 14:38:50

Generado por SGMI - TERRASOFT,
NIT. 74814574-9. www.terrasoft.co

Firma y Huella del Paciente o Responsable Índice Derecho



Hace constar:

Que el Sr(a) CLAUDIO WILLIAM CEBALLOS SIGHINOLFI Identificado(a) con cédula de ciudadanía 19102136 realizó el día 28/07/2020 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 CLAUDIO WILLIAM CEBALLOS SIGHINOLFI Identificado(a) con cédula de ciudadanía 19102136 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 - SENA



**POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6**

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor CLAUDIO WILLIAM CEBALLOS SIGHINOLFI, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 19.102.136, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 13/07/2020 y fecha fin de contrato 30/11/2020 con riesgo 2.

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 deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001017256760.

Esta certificación se expide a los 28 días del mes de Julio de 2020.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente **CLAUDIO WILLIAM CEBALLOS SIGHINOLFI**, identificado(a) con **cédula de ciudadanía número 19.102.136** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 677049504** abierta el **13 de octubre del 2015**, 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 **24** días del mes de **junio** del año **2020**.

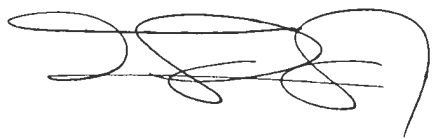
Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0677049504**

Cuenta de 16 dígitos: **0677000200049504**

Cuenta de 20 dígitos: **00130677000200049504**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

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

