



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 | Julio de 2020    |
| Versión           | MAYO 2020 - 4.20 |
| ID de Proceso     | 35045-258094     |

DATOS DEL CONTRATISTA

|                                                                                                                                       |                                     |                                                                                        |            |                         |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------|-----------|
| Nombres y apellidos contratista:                                                                                                      | CLAUDIO WILLIAM CEBALLOS SIGHINOLFI | C.C.                                                                                   | 19.102.136 | IP/N° de contacto       | 84787     |
| Correo electrónico contratista:                                                                                                       | ceballos@senia.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         | Es Pensionado?          | SI        |
| Banco al cual consignar:                                                                                                              | BANCO BBVA                          | Presta Servicios Excluidos de IVA?                                                     | SI         |                         |           |
| Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?                  | NO                                  | Tipo de cta                                                                            | AHORROS    | N° Cuenta               | 677049504 |
| Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas:                                                              | NO                                  | Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 117.503.000 |            |                         | NO        |
| Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 588:        | 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° 588: | N/A                                 |                                                                                        |            |                         |           |

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

|                             |              |                        |                              |
|-----------------------------|--------------|------------------------|------------------------------|
| N° del contrato:            | 1682204/2020 | N° Compromiso SNF      | 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    | \$ 4.773.045 | Comisiones             | \$ 0,00                      |
| Valor Bruto Pago            |              |                        | \$ 1.193.274,00              |

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

|                                            |              |                                           |       |
|--------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------|-------|
| Ingresos por honorarios                    | \$ 1.193.274 | 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                 | \$ 1.193.274 | Menos, Rete Fuente Otros Ingresos         | \$ 0  |
| BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE           | \$ 812.606   | TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO            | \$ 0  |

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

|                                                                 | Julio      | Junio      |                                       |                 |        |
|-----------------------------------------------------------------|------------|------------|---------------------------------------|-----------------|--------|
| N° Planilla PILA, o, N° Radicación pago SS                      |            | 4347401070 | Valor Base retención en la fuente     | 812.606,00      | TARIFA |
| Ingreso Base de Cotización - IBC                                | \$ 877.803 | \$ 0       | Valor Base retención en la fuente ICA | 1.083.474,00    |        |
| 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           | \$ -       | \$ 0       | Reteica - 8299                        | 10.835,00       | 1,000% |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC                               | \$ -       | \$ 0       |                                       | 0,00            |        |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarios \$7.128.000 | \$ -       | \$ 0       | Aporte Voluntario Dec. 588/2020       | 0,00            | 0,000% |
| Intereses Préstamo de Vivienda \$ 3.560.700                     | \$ -       | \$ 0       | Otras Retenciones                     | 0,00            | 0,000% |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes   | \$ -       | \$ 0       | Otras Retenciones                     | 0,00            | 0,000% |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes     | \$ -       | \$ 0       | Otras Retenciones                     | 0,00            | 0,000% |
| Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes    | \$ -       | \$ 0       | Otras Retenciones                     | 0,00            | 0,000% |
| Dependientes hasta \$ 1.139.424                                 | \$ -       | \$ 0       |                                       |                 |        |
| Salud hasta \$ 589.712                                          | \$ -       | \$ 0       | Descuentos de Libranza                | 0,00            |        |
| Renta Exenta 25% \$ 8.545.680                                   | \$ 270.869 | \$ -       | Descuentos de embargo (Si tiene)      | 0,00            |        |
| Retención en la Fuente Contingente                              | \$ -       | \$ 0       | VALOR A PAGAR                         | \$ 1.162.439,00 |        |

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

El proyecto P435 estaba aplazado por las condiciones de salud pública 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 había hecho de manera presencial la Sensibilización y la Inducción, sin embargo a través de una reunión virtual se convoca nuevamente el grupo para reafirmar el compromiso de participación y hacer reafirmar los conceptos expuestos en la reunión 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. Cumplo 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.

CLAUDIO WILLIAM CEBALLOS SIGHINOLFI  
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
- 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,

DIANA ROCIO FERNANDEZ DIAZ  
PROFESIONAL 002

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 PENA  
DIRECTORA REGIONAL

| TOTAL APORTES A SALUD |                     |                   |                            |       |                     |       |               |       |             |      |            |      |            |      |           |              |
|-----------------------|---------------------|-------------------|----------------------------|-------|---------------------|-------|---------------|-------|-------------|------|------------|------|------------|------|-----------|--------------|
| ADMINISTRADORA        |                     | No.<br>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   |

|              |                   |
|--------------|-------------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>\$ 109.800</b> |
|--------------|-------------------|



2. Concepto **1 3** Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14530760105



5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 9 1 0 2 1 3 6

6. DV

0

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Yopal

14. Buzón electrónico

4 4

**IDENTIFICACION**

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación:

1 9 1 0 2 1 3 6

27. Fecha expedición:

1 9 7 1 0 6 0 8

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

CEBALLOS

32. Segundo apellido

SIGINOLFI

33. Primer nombre

CLAUDIO

34. Otros nombres

WILLIAM

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

**UBICACION**

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Casanare

8 5

40. Ciudad/Municipio:

Yopal

0 0 1

41. Dirección principal

CR 21 D 22 03

42. Correo electrónico:

claudioceballos51@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

3 1 0 5 8 0 9 7 7 8

45. Teléfono 2:

**CLASIFICACION**

**Actividad económica**

**Actividad principal**

46. Código:

8 5 5 9

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 3 0 2 1 3

**Actividad secundaria**

48. Código:

5 6 2 1

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 3 0 2 1 3

**Otras actividades**

50. Código:

1

2

1 0 2 0

**Ocupación**

51. Código

52. Número establecimientos

**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

**Obligados 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:

2 0 1 9 0 5 2 3

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo:



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
**SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**



## Hace constar:

Que el Sr(a) CLAUDIO WILLIAM CEBALLOS SIGHINOLFI Identificado(a) con cédula de ciudadanía 19102136 realizó el día 02/03/2020 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

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



### 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](http://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** aperturada 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:**

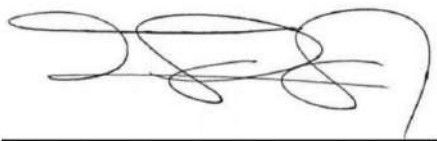
Cuenta de 10 dígitos: **0677049504**

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.*

CE-006 - 0000000100 – 2020

## CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

|                                 |                                      |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 19102136                          |
| NOMBRES Y APELLIDOS             | Ceballos Sighinolfi, Claudio William |
| TIPO DE AFILIADO                | Titular                              |
| TIPO DE TRABAJADOR              | Independiente                        |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN  | 10/08/2007                           |
| ESTADO DE AFILIACIÓN            | Vigente                              |
| ESTADO DE SERVICIO              | Habilitado                           |
| REGIMEN                         | Contributivo                         |

La presente se expide a nombre de Ceballos Sighinolfi, Claudio William, a los 19 días del mes de junio del año 2020.

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



Yiseth Johanna Corredor Ospina  
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

**PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4**



**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**6052262471**

**PÓLIZA No: 605- 47- 994000081198 ANEXO: 0**

AGENCIA EXPEDIDORA: **YOPAL**

COD. AGENCIA: **605** RAMO: **47**

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

DIA **10** MES **07** AÑO **2020**  
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA **10** MES **07** AÑO **2020**  
FECHA DE IMPRESIÓN

**DATOS DEL AFIANZADO**

NOMBRE: **CLAUDIO WILLIAM CEBALLOS SICHINOLFI**

IDENTIFICACIÓN: CC **19.102.136**

DIRECCIÓN: **KR 31 12 4 APTO 101 BR BRISAS DEL CRAVO**

CIUDAD: **YOPAL, CASANARE**

TELÉFONO: **3134111208**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA - REGIONAL CASANARE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

BENEFICIARIO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA - REGIONAL CASANARE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

**AMPAROS**

GIRO DE NEGOCIO: **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**

| DESCRIPCION AMPAROS   | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEGURADA |
|-----------------------|----------------|----------------|----------------|
| CONTRATO CUMPLIMIENTO | 10/07/2020     | 20/02/2021     | 596,631.90     |

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS:

\*\*\*OBJETO DE LA GARANTIA\*\*\*

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NO. C01.PCCNTR.1682204, DE FECHA 10/JUL/2020 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON "Prestar los servicios de apoyo a la gestión de carácter temporal para la evaluación de competencias laborales en el área de Turismo Y Procesamiento De Alimentos, en el Centro Agroindustrial y Fortalecimiento Empresarial de Casanare."

\*\* CERTIFICACIÓN DE NO EXPIRACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRIMA\*\*

POR DISPOSICIÓN DEL ARTIULO 7 DE LA LEY 1150 DE 2007, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, CERTIFICA QUE LA PRESENTE POLIZA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA, O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS, QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.

| VALOR ASEGURADO TOTAL: | VALOR PRIMA:   | GASTOS EXPEDICION: | IVA:          | TOTAL A PAGAR: |
|------------------------|----------------|--------------------|---------------|----------------|
| \$ *****596,631.90     | \$ *****16,000 | \$*****9,000.00    | \$ *****4,750 | \$ *****29,750 |

| NOMBRE INTERMEDIARIO      | CLAVE | %PART  | NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO | %PART | VALOR ASEGURADO |
|---------------------------|-------|--------|----------------------------------|-------|-----------------|
| WILMAR DARIO SAENZ MORENO | 5405  | 100.00 |                                  |       |                 |

Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a consultar la autenticidad de su póliza ingresando a la página [www.solidaria.com.co](http://www.solidaria.com.co) servicios en línea, opción consulte su póliza de cumplimiento.

**FIRMA ASEGURADOR**

(415)7701861000019(8020)000000000007000605226247

**FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

CLIENTE

C8D8257A0D09FE7A58



**PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO**  
**FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL**

Yopal, julio de 2020

Señor (a)

**Diana Roció Fernández Díaz**

SUPERVISOR(A) CONTRATO No. **1682204**

Líder Certificación Competencias Laborales

Centro Agroindustrial y Fortalecimiento Empresarial de Casanare

Yopal, Casanare

**Asunto:** Informe Mensual de Ejecución contractual Mes  
de abril del año 2020

**Referencia:** CO1.PCCNTR.1402433 del año 2020

Claudio William Ceballos Sighinolfi, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.102.136 de Bogotá D.C, en mi calidad de Contratista del SENA, en competencias laborales, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia, a continuación presento el Informe de actividades realizadas en el mes objeto de cobro.

**Valor y forma de Pago:** El valor total del presente contrato es máximo Cinco millones novecientos sesenta y seis mil trescientos diez y nueve PESOS M/cte (\$5.966.319,00) INCLUIDO EL IVA. Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: a). Un primer y último pago proporcional a la ejecución del mismo, que se cancelará en el mes correspondiente. b). Los demás pagos por valor de un millón novecientos ochenta y ocho mil setecientos setenta y tres pesos M/CTE (\$1.988.773) MES, incluido IVA. Los honorarios serán pagados por el SENA al contratista de acuerdo al cronograma definido por la Dirección Administrativa y Financiera de la Dirección General, en la cuenta de Ahorros No. 677049504 del Banco BBVA, cuyo titular es el (la) Contratista; el cambio de cuenta por parte del contratista deberá ser informada al supervisor del contrato con el fin de surtir los trámites pertinentes. Para que el SENA pueda adelantar los trámites administrativos para el pago, el (la) Contratista debe acreditar previamente el cumplimiento de los requisitos de pago, tales como la certificación expedida por el supervisor del contrato, en la que acredite el cumplimiento a entera satisfacción del objeto y obligaciones del contrato en el respectivo periodo y la cancelación de los aportes a la seguridad social: Salud, Pensión y Riesgos Laborales, así como los demás documentos necesarios para el pago.

**Plazo:** El plazo de ejecución del presente contrato es de 3 meses, sin exceder 31 de diciembre de 2020 y empezará a contarse a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución indicados en este contrato

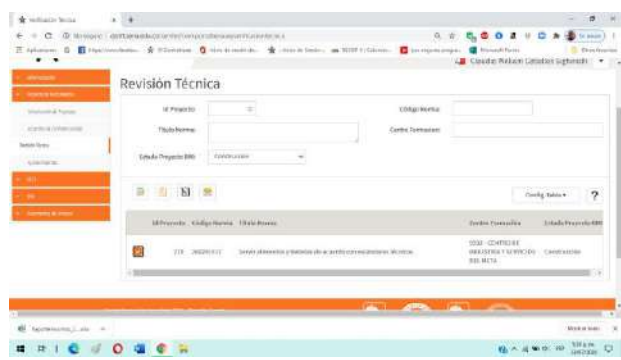
**Fecha Inicio :** 13 de julio de 2020

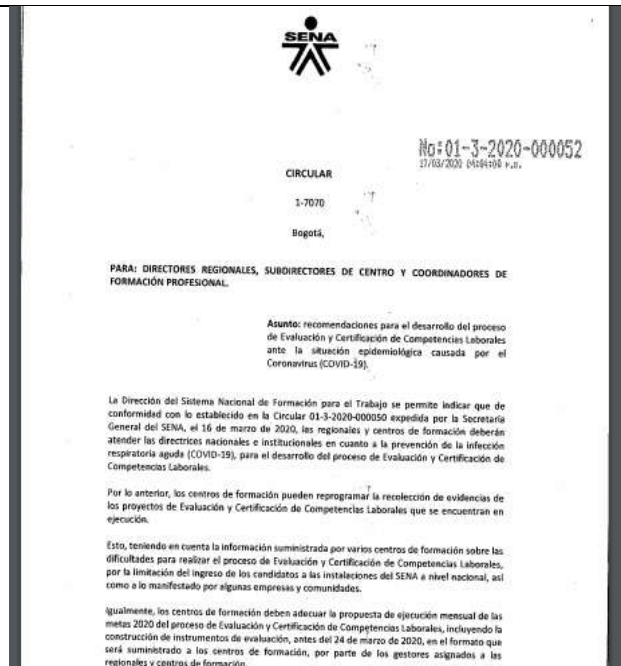
**Fecha terminó:** 12 de octubre 2020

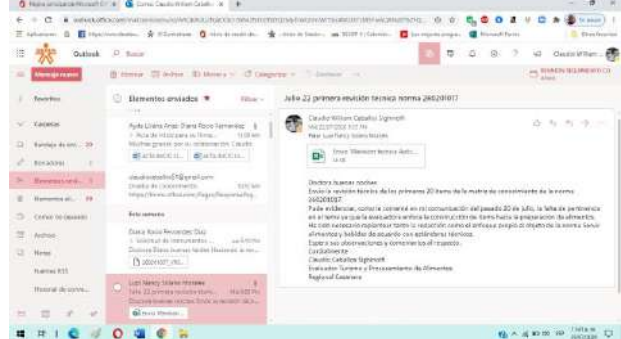
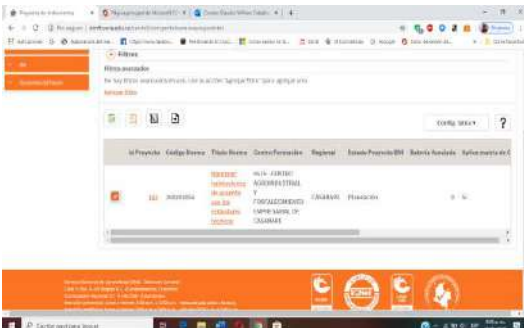
**OBJETO:**

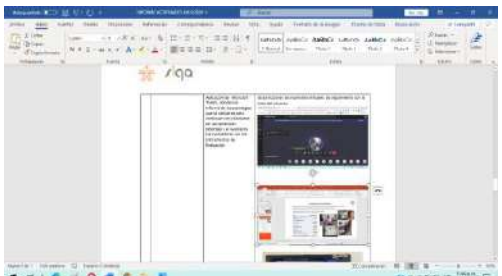
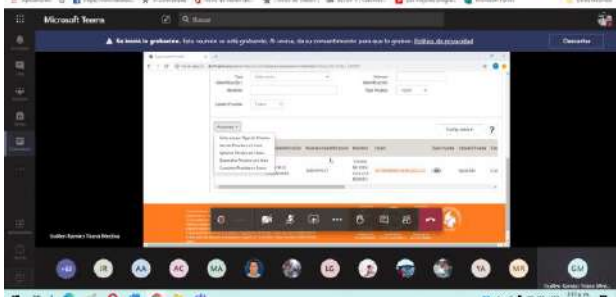
Prestar los servicios de apoyo a la gestión de carácter temporal para la evaluación de competencias laborales en el área de TURISMO y PROCESAMIENTO DE ALIMENTOS en el Centro Agroindustrial y Fortalecimiento Empresarial de Casanare

**CLÁUSULA CUARTA**

| N<br>o | Obligaciones                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Acciones realizadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Evidencias                                                                                                                                                                |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1      | Desarrollar las actividades de evaluación de competencias laborales de acuerdo con los proyectos establecidos en la programación anual del Centro de Formación.                                                                                                                               | Se formalizo en el aplicativo el proyecto 2020-85-9519-443-P435 Grupo 1, y de cual no se han solicitado los instrumentos de conocimiento, desempeño, producto y oportunidad para aplicarlos a 53 candidatos en la norma 260201057.. En los municipios de Paz de Ariporo y Villanueva se logró hacer sensibilización e inducción a la norma 260201056. | <p>Aplicativo ECCL:<a href="http://dsnft.sena.edu.co/">http:// dsnft.sena.edu.co/</a></p> <p>Lista y acta de Asistencia a sensibilización e inducción en físico</p>       |
| 2      | Construir ítems e indicadores de evaluación correspondientes a un referente de Evaluación, por cada (2) dos meses y quince (15) días de contratación, o proporcional a la duración de contrato, de acuerdo con la programación para la construcción y entrega de instrumentos de evaluación.. | Se aprueba el proyecto para Revisión Técnica de instrumentos de evaluación P 229 para adelantar en la norma 260201017 SERVIR ALIMENTOS Y BEBIDAS DE ACUERDO CON ESTANDARES TECNICOS                                                                                                                                                                   | <p>ítems con los protocolos establecidos por dentro de instrumento de evaluación</p>  |
| 3      | Realizar mínimo 42 evaluación de competencias laborales promedio mes en ejecución del contrato.                                                                                                                                                                                               | Teniendo en cuenta la situación actual de salud pública que se esta presentando en nuestro país, algunos centros debieron reprogramar la recolección de evidencias; conforme a la Circular 01- 3-2020- 00052 del 17 de marzo de 2020. Se aplican pruebas de manera virtual por la                                                                     | <p>Aplicativo ECCL:<a href="http://dsnft.sena.edu.co/">http:// dsnft.sena.edu.co/</a></p> <p>Circular 01- 3-2020- 00052 del 17 de marzo de 2020</p>                       |

|   |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   |                                                                                     | <p>plataforma Microsoft Forms en conocimiento, desempeño y producto en la norma 260201057 en Yopal y Pore a los candidatos residentes en este municipio.</p> <p>.El proceso de evaluación fue aplazado puesto que fue declarada la emergencia sanitaria a nivel Nacional a causa del virus COVID 19, lo que impidió que se continuara al no permitir el contacto presencial del evaluador con los candidatos.</p> <p>Se reanuda el proceso de certificación en la Norma 0260201057 Prepara alimentos de acuerdo a la orden de producción y procedimiento técnico, con 52 candidatos formalizados en plataforma.</p> <p>Se efectúan los ajustes correspondientes en el cronograma de actividades</p> |                         |
| 4 | Participar en la revisión técnica de instrumentos de evaluación, según se requiera. | Con la gestora de instrumentos de la Regional Meta se está adelantando la revisión técnica de la batería de instrumentos de evaluación en la norma 260201017                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | .Primer envío de revisión de los instrumentos se efectuó el día 22 de julio de 2020 con 20 ítems replanteados y revisados ya que algunos no cumplían con la pertinencia respecto a la norma. |

|   |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                          |
| 5 | Elaborar, informes, reportes y demás documentos relativos al desarrollo de la evaluación de competencias laborales.                               | Se reprogramó el Cronograma de actividades para aplicar en la plataforma FORMS la prueba de conocimiento para 52 candidatos de proyecto 435.                                                                                                                        | <p>Aplicativo ECCL:<a href="http://dsnft.sena.edu.co/">http:// dsnft.sena.edu.co/</a></p>                                                                               |
| 6 | Reportar la información de la evaluación de competencias laborales dentro de los 5 días hábiles siguientes a su realización.                      | Por estar aplazado este proyecto a causa de la situación sanitaria, se contactaron telefonicamente nuevamente a los candidatos para continuar y culminar el proceso.                                                                                                | <p>Correos enviados a los candidatos desde el correo del evaluador a 52 candidatos del proceso P 435 grupo 1.</p> <p>Mediante comunicación telefónica se contactaron nuevamente a los candidatos.</p> <p>El Cronograma de actividades se debió ajustar</p> |
| 7 | Validar la información de evaluación de competencias laborales registrada en el aplicativo definido por Sistema Nacional de Formación de Trabajo. | <p>LA información pertinente reposa en el aplicativo.</p> <p>Se ha participado en las reuniones virtuales programadas por la Dra. DIANA ROCIO FERNANDEZ DIAZ, por la Aplicación de Microsoft Teams, donde nos informó de las estrategias que se utilizarán para</p> | <p>Aplicativo ECCL <a href="http://dsnft.sena.edu.co/">http:// dsnft.sena.edu.co/</a> portafolio de evidencias del proyecto :2020-85-9519-443-P 435</p>                                                                                                    |

|   |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   |                                                                                                                                                                                 | <p>continuar con el proceso de competencias laborales y el avance de los evaluadores con los instrumentos de Evaluación.</p> <p>También se participo en el curso para evaluadores en el aspecto de construcción de ítems en plataforma y manejo de las diferentes alternativas para aplicar pruebas presenciales y/o en Linea.</p> | <p>Se participó en las reuniones virtuales de seguimiento con la Lider del proceso:</p>    |
| 8 | Elaborar informe cualitativo de las fortalezas y debilidades identificadas en la evaluación de competencias laborales, por proyecto evaluado                                    | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 9 | Reportar al Lider de Evaluación y Certificación de Competencias Laborales los casos de exitos identificados en el proceso de Evaluación y Certificación de Competencias Laboral | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

A continuación relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté al ordenador del gasto el informe en el Formato Informe Legalización Desplazamiento Contratista GTH-F-087, en el que se describieron las actividades desarrolladas y los resultados de cada desplazamiento. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor.

Se lista a continuación el soporte de la legalización de los desplazamientos realizados, los cuales forman parte integral del presente informe de ejecución contractual.

| ITEM | No DE LA ORDEN DE VIAJE | LUGAR DE DESPLAZAMIENTO | FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS |              |
|------|-------------------------|-------------------------|---------------------------|--------------|
|      |                         |                         | INICIO                    | FINALIZACIÓN |
|      |                         |                         |                           |              |

**Nota 1:** Por cada desplazamiento que haya realizado el contratista, adjuntará el respectivo informe que la soporte. En caso de haber realizado el desplazamiento en fecha posterior a la presentación del informe de ejecución contractual, deberá reportarlo en el siguiente informe de ejecución contractual.

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: Documentos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados y el No. de la planilla 4347401070, recibo de pago de aportes a salud, pensiones y ARL, expedido por SOI correspondiente al mes de junio del año 2020. (Decreto Ley 2106 de 2019 – “Decreto Ley Antitrámites”)

Evidencias en ( ) folios

Cordialmente,



**Claudio William Ceballos Sighinolfi**

**Contratista**

**C.C. No. 19.102.136**

**Recibí a satisfacción:**

En cumplimiento a la Resolución No. 000202 de 2014, por el cual se adopta el Manual de Supervisión e Interventoría del SENA y la designación de supervisión mediante correo electrónico del 09 de febrero de 2020, me permito manifestar:

1. Que se ha exigido al contratista el cumplimiento de las obligaciones previstas en el contrato
2. Que se ha efectuado el seguimiento al cumplimiento del ejercicio obligacional a cargo del contratista
3. Que se ha impartido orientaciones al contratista sobre el cumplimiento de las obligaciones.
4. Que se ha exigido la información necesaria y recomendada lo que contribuya a la mejor ejecución del contrato
5. Que se han adoptado las medidas que propendan por la óptima ejecución del objeto contratado
6. Que se ha dejado constancia por escrito de todas las actuaciones.
7. Que se han sugerido las medidas que considere necesarias para la mejor ejecución del objeto pactado
8. Que se ha exigido al contratista la calidad de los bienes y servicios contratados
9. Que la presente supervisión se ejerció en **el periodo del 13 de julio al 31 de Julio del 2020.**

Por lo anterior, se certifica el recibido a satisfacción de los servicios contratados.

**Diana Roció Fernández Díaz**

**Supervisor(a) Contrato 1682204 del año 2020**