INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Bucaramanga, febrero 28 de 2019

Señor
José Manuel Ariza
SUPERVISOR CONTRATO No. **601233**
Coordinador Académico
Coordinación Académica
Bucaramanga

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual Mes febrero 2019.

Olga Orellana Bueno, identificado con la cédula de ciudadanía No. 63.301.749 de Bucaramanga, en mi calidad de Contratista del SENA, en Coordinación Académica, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios No CO1.PCCNTR.833018 de 18 de febrero del año 2019, a continuación, presento el Informe de actividades realizadas durante el período comprendido entre el 18 al 28 de febrero del año 2019.

Valor y forma de Pago: El valor total del presente contrato es máximo de TREINTA Y SEIS MILLONES NOVECIENTOS VEINTE MIL CINCUENTA Y OCHO PESOS MICTE ($36.920.058). Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: a) Un pago proporcional a los días ejecutados en el mes de febrero del 2019. b) nueve (9) pagos iguales por los meses de (MARZO) (NOVIEMBRE) de 2019, por valor de $3.679.740 cada uno y c). - Un pago proporcional por los días ejecutados en el mes de diciembre de 2019. 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. 046300047712 del BANCO DAVIVIENDA, cuyo titular es el (la) contratista; PARAGRAFO PRIMERO: El cambio de cuenta por parte del contratista deberá ser informada al supervisor del contrato con el fin de surtir los trámites pertinentes. PARAGRAFO SEGUNDO: 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 certificación de aportes al sistema general de Salud, Pensión y Riesgos Profesionales, así como los demás documentos necesarios para el pago.

Plazo: La duración del presente contrato es de DIEZ (10) meses y UN (01) día, sin exceder al 28 de diciembre del 2019 y empezará a contarse a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución indicados en este contrato.

Fecha Inicio: 18 de febrero de 2019
Fecha terminación: 20 de diciembre de 2019

INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

CLAUSULA PRIMERA:

OBJETO: Prestación de servicios personales de carácter temporal como instructor para impartir formación titulada, complementaria y/o virtual en el área de técnico en Enfermería, conforme a los modelos formativos establecidos del Centro de Servicio Empresariales y Turísticos, en el periodo académico del 2019.

CLAUSULA CUARTA:

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1	Impartir formación en los horarios y lugares que la institución indique	Formación Titulada Ficha 1616603 jornada tarde y 1804924 jornada mañana, TN en Enfermería	Eventos registrados en SOFIAPLPUS
2	Participar en las actividades que se programen	Reunión y actividades red de salud	Formato de Asistencia
3	Dar cumplimiento estricto a los manuales del Sistema de Gestión de Calidad y demás normas que regulan la Formación Profesional Integral en el SENA.	Seguimiento al cumplimiento del manual del aprendiz y calidad y políticas institucionales	Seguimiento de los procesos y formatos establecidos.
4	Desarrollar mecanismos que faciliten la reflexión, la innovación, el espíritu investigativo, la creatividad y la autoevaluación en los aprendices.	Desarrollo de diferentes actividades de interacción y reflexión dentro del proceso formativo	Actividades grupales
5	Responder por la integridad y buen uso de materiales.	Uso de los ambientes de formación y equipos informáticos.	Inspección de ambientes y buen uso de elementos del centro
6	Evaluar el proceso de aprendizaje, las estrategias, el medio ambiente educativo, el rendimiento académico de los aprendices y diligenciar oportunamente los formatos correspondientes.	Evaluación de cada actividad de aprendizaje de acuerdo a las listas de chequeo y verificación	Evaluaciones de acuerdo a la ruta de aprendizaje

A continuación, relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté al ordenador del gasto informe (**formato informe legalización desplazamiento- contratista GTH-F-087)**, en el que relacioné las actividades desarrolladas y los resultados de cada desplazamiento. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor, se constituye en soporte de la legalización de los desplazamientos realizados y forma parte integral del presente Informe de ejecución contractual, el cual relaciono así:

INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

ITEM	No DE LA ORDEN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS	
			INICIO	FINALIZACIÓN
1.	N/A	N/A	N/A	N/A

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 de 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, fotocopia de la planilla- recibo de pago de aportes a salud, pensiones y ARL, 7712942621, expedido por SOI correspondiente al mes de enero del año 2019.

Evidencias en (/) folios

Cordialmente,

Olga Oreñana Bueno
Contratista
C.C. No. 63.301.749 de Bucaramanga

Recibí a satisfacción:

José Manuel Ariza
Supervisor(a) Contrato No CO1.PCCNTR.833018 de 2019

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	63301749
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OLGA ORELLANA BUENO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CASA 43 ALMENDROS	TELÉFONO:	6906822
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7712942621		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2019	SALUD:	AÑO:	2019
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2019/02/11		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		412728878

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 132.500
SUBTOTAL:			1	**$ 132.500**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 103.600
SUBTOTAL:			1	**$ 103.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 20.200
SUBTOTAL:			1	**$ 20.200**

TOTAL PAGADO:	**$ 256.300**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	63301749
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OLGA ORELLANA BUENO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CASA 43 ALMENDROS	TELÉFONO:	6906822
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7712942621		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2019	SALUD:	AÑO:	2019
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2019/02/11		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		412728878

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 132.500
SUBTOTAL:			1	**$ 132.500**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 103.600
SUBTOTAL:			1	**$ 103.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 20.200
SUBTOTAL:			1	**$ 20.200**

TOTAL PAGADO:	**$ 256.300**