INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Bucaramanga, 20 de Septiembre de 2019

Señor
José Manuel Ariza Ariza
SUPERVISOR CONTRATO No. **CO1.PCCNTR.833564**
Coordinador Académico
Coordinación Académica
Bucaramanga

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual septiembre del año 2019

Referencia: No **CO1.PCCNTR.833564** del año 2019

Nidia Amparo García Silva identificada con la cédula de ciudadanía No.51.974.236 de Bogotá, en mi calidad de Contratista del SENA, en Coordinación Académica, 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: 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 valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE ($3.679.740) por los meses de Marzo a Noviembre de 2019. c. - Un pago proporcional por los días ejecutados en el mes de Diciembre de 2019.

Plazo: Será hasta el 20 de Diciembre de 2019.

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 en el periodo académico del 2019.

CLÁUSULAS

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1	Asumir la responsabilidad de todas las actividades relativas a la ejecución de las obligaciones establecidas en este contrato	FICHA: 1907073 TÉCNICO ENFERMERÍA. Realizar procedimientos utilizando guías y protocolos. 02/09/2019 - 30/09/2019 JORNADA TARDE	Eventos registrados en SOFIA PLUS
2	Utilizar en debida forma las claves asignadas para el ingreso a los sistemas de información y gestión del **SENA**, que requiera para la ejecución del contrato y al	Registro de juicios evaluativos a mi nombre, eventos.	Plataforma Sofía plus Correo

	finalizar el mismo, informar para su desactivación y, garantizar la seguridad y reserva de la información conocida por estos u otros medios durante la ejecución del contrato		
3	**EL CONTRATISTA** asume, con la suscripción del contrato, la obligación de realizar los pagos al SISS (salud, pensión y riesgos laborales), de acuerdo con la normatividad vigente aportando los soportes de pago correspondientes, los cuales deben ser validados para constatar que en efecto el pago de la planilla haya sido recibido por la entidad correspondiente, y en caso de incumplimiento total o parcial, responder por las consecuencias y sanciones que disponga la ley.	Pago mensual de seguridad social integral	Recibo de pago mensual con marca de agua
4	Mantener actualizados los sistemas de información sobre los cuales se le haya asignado usuario y contraseña durante la ejecución del contrato y entregar al supervisor las evidencias del estado en que se encuentre, en los informes de ejecución contractual parcial o final	Registro de juicios, respuesta en correo	Sofía plus, correo SENA e informe mensual
5	Guardar reserva de la información asociada al objeto contractual que repose en bases de datos, sistemas de gestión, aplicativos, archivos físicos o magnéticos, respecto de los cuales se le haya concedido acceso mediante códigos, claves o contraseñas, respondiendo penal, civil y administrativamente por su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento, durante el plazo de ejecución del contrato y un (1) año más, conforme a las disposiciones contenidas en la Ley 1266 de 2008, la Ley 1581 de 2012, la Ley 1273 de 2009 y las demás que las complementen, sustituyan o modifiquen.		

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:

ITEM	No DE LA ORDEN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS	
			INICIO	FINALIZACIÓN
1.				
2.				
.....				

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.*

siga SENA	**INFORME MENSUAL 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, 7728062427 expedido por SOI correspondiente al mes de Agosto del año 2019.

Evidencias en ( ) folios

Cordialmente,

Nidia Amparo García Silva
Contratista
CC. No. 51974236

Recibí a satisfacción:

Jose Manuel Ariza Ariza
SUPERVISOR CONTRATO No. **CO1.PCCNTR.833564**
Coordinador Académico

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	51974236
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NIDIA AMPARO GARCIA SILVA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 41 37-82 APT 202	TELÉFONO:	2222222
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:	7728062427		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2019	SALUD:	AÑO:	2019
DÍAS DE MORA:	3				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2019/09/13		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	494389448	

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 240.600
SUBTOTAL:			1	**$ 240.600**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 188.000
SUBTOTAL:			1	**$ 188.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 8.000
SUBTOTAL:			1	**$ 8.000**

TOTAL PAGADO:	**$ 436.600**