siga CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y AUTOCONTROL	**INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL**

Bucaramanga,17 de Junio de 2019

Señor (a)
MARTHA YOLANDA FLOREZ DULCEY
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. 857602
Coordinadora Programas Especiales
Articulación con la Educación Media
Ciudad

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual Mes de Junio del año 2019

Referencia: No **857602** del año 2019

SLENDY DURAN LIZARAZO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 37831386 de Bucaramanga, en mi calidad de Contratista del SENA, en el Programa Articulación del Sena con la Educación Media, 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 CUATRO MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS MCTE. ($ 34.344.240). Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: a) Un pago proporcional por los días ejecutados en el mes de febrero de 2019. b) NUEVE (09) pagos iguales por valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL SETESCIENTOS 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 7 de Diciembre de 2019

OBJETO:
Contratar servicios personales de carácter temporal como instructor para impartir formación en el área de Contabilización de Operaciones Comerciales y Financieras del programa Articulación con la Educación Media, conforme a los modelos formativos establecidos del C.S.E.T en el periodo académico del año 2019.

siga CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y AUTOCONTROL	**INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL**

CLÁUSULA

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1.	Participar en las actividades que se programen	Proceso de inducción y capacitación Programa articulación del Sena con la educación media	Lista de asistencia
2.	Participar en procesos de promoción de los programas de Formación profesional integral, servicios y actividades de divulgación tecnológica.	Informar a la comunidad la oferta educativa del C.S.E.T.	Publicación de la oferta a los aprendices de las I.E.
3.	Conocer y aplicar los procesos, procedimientos, formatos, y demás documentación establecida en el SIGA relacionados con las actividades del contrato.	Capacitación de los procesos SIGA y Compromiso.	Evaluación Siga
	Rendir oportunamente los informes requeridos sobre las acciones encomendadas y los productos resultantes de procesos de formación profesional. Entregar en un máximo de dos días y en cualquier tiempo los reportes e información solicitados por el supervisor del contrato en aras de garantizar la calidad de la formación impartida por el instructor	Proceso de matrículas en las instituciones indicadas	Carpetas azules, archivos planos y registros. Fichas N° 1861048 - 1861049 - 1861061 - 1861062 - 1861355 - 1861363 - 1850258
4.	Reporta en el sistema Sofía Plus en un plazo máximo de 3 días, todas las actividades que de acuerdo con los procesos son de su responsabilidad, garantizando la calidad de la información y su coherencia con el proceso formativo.	-Crear eventos académicos	Aplicativo Sofía plus.
5.	Impartir formación en los horarios y lugares que la institución indique.	Impartir formación en las fichas: 1636827, 1639419, 1861061 y 1861062 TN Contabilización de Operaciones Comerciales y Financieras – Cedeco. Fichas1635157 y 1861371 TN Contabilización de Operaciones Comerciales y Financieras – IE San Alberto Magno.	Aplicativo Sofía y listas de Asistencia

		Fichas 1635168 y 1861336 IE San Alberto Magno TN Asistencia Administrativa.	
6.	El contratista se compromete a dar cumplimiento estricto a los manuales del Sistema de Gestión de Calidad y demás normas que regulan la Formación Profesional Integral en el SENA y además a entregar oportunamente las listas de alumnos inscritos, seleccionados, las planillas debidamente diligenciadas y demás documentos requeridos por la Gestión de Centros y Registro y Certificación.	Aplicación de los procedimientos y formatos de calidad establecidos para la Institución	Formato

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.	074	San Alberto (Cesar)	08-05-2019	08-05-2019
2.	074	San Alberto (Cesar)	15-05-2019	15-05-2019
3.	074	San Alberto (Cesar)	22-05-2019	22-05-2019
4.	074	San Alberto (Cesar)	29-05-2019	29-05-2019

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 No. 35551513 expedido por Compensar correspondiente al mes de Junio del año 2019.

siga CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y AUTOCONTROL	**INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL**

Evidencias en ( ) folios

Cordialmente,

SLENDY DURAN LIZARAZO
Contratista
C.C. No.37831386

Recibí a satisfacción:

Firma
MARTHA YOLANDA FLOREZ DULCEY
Supervisor(a) Contrato 857602 de 2019

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	37831386	Slendy Durán Lizarazo	Calle63 #28-41Bloque7apto3-	6434059	sdulyz7@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		SANTANDER	BUCARAMANGA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
			2019/06/17	458747883	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-06	2019-06	I		35551513	$427.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	184.000	0		0		0	0	0	0	184.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	235.600	0	0	0	0	0	0		235.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	7.700				7.700	0	0	7.700			77	7.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	184.000	184.000
Pensión	1	235.600	235.600
Riesgos Laborales	1	7.700	7.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	427.300	427.300

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	37831386	Slendy Durán Lizarazo	Calle63 #28-41Bloque7apto3-	6434059	sdulyz7@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-06	2019-06	I		35551513	$427.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	37831386	Durán Lizarazo Slendy	59	0			N																	25-14	1.472.000	235.600	0	0	0	0	EPS005	1.472.000	184.000	14-23	1.472.000	1	7.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADO 4587883

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información