SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES

REGIONAL CAUCA

CENTRO DE COMERICIO Y SERVICIOS -CAUCA - GRUPOS ETNICOS

Código Regional	19
Código Centro	930710
Fecha Elaboración	26 de febrero de 2020
Versión	ENERO 2020 - 1.20
ID de Proceso	34300-553644

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	CARMEN ALICIA CAMPO campoa@sena.edu.co	C.C.	34.563.325	IP/Nº de contacto	3012355426
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta?	NO	Es Pensionado?	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	NO	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	NO
Banco al cual consignar:	BANCO CAJA SOCIAL	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	24099311629
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 $ 124.625.000			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1373063/2020			Nº Compromiso SIIF	13320		
Valor Total del Contrato	$ 34.566.666	N ° Pago	Periodo objeto de pago				Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 34.566.666	1	Del	17/02/2020	Al	29/02/2020	$ 2.266.666,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 32.300.000		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.266.666	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	$ 2.266.666	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 1.336.124	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		$ 0

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

	Febrero	Enero			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	---------	9402461596	Valor Base retención en la fuente	1.336.124,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 906.666	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	2.008.166,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 113.400	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 145.100	$ 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	$ 4.800	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Retelca - 300	4.016,00	0,200%
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	$ -		-	0,00	
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	$ 226.667		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 445.375		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		VALOR A PAGAR	$ 2.262.650,00	

SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Actividades administrativas autorizadas por la dirección de formación profesional:
Capacitación LMS TERRITORIUM vía videoconferencia programadas en http://sive.sena.edu.co/ - https://sena.territorio.la/cms/index.php
Con un total de 88 horas reportadas.
Garantizar el pago oportuno de la seguridad social de cada mes para que este se vea reflejado en la base de datos del Fosyga.

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.

CARMEN ALICIA CAMPO
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 período 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.
El Supervisor,

HAROL ARMANDO ROSERO SALAZAR
COORDINADOR ACADÉMICO

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

FERNANDO ALFONSO ESCOBAR QUIRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CAUCA
CENTRO DE COMERICIO Y SERVICIOS -CAUCA - GRUPOS ETNICOS

Código Regional	19
Código Centro	930710
Fecha Elaboración	26 de febrero de 2020
Versión	ENERO 2020 - 1.20
ID de Proceso	34300-553644

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	CARMEN ALICIA CAMPO campoa@sena.edu.co	C.C.	34.563.325	IP/Nº de contacto	3012355426
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta?	NO	Es Pensionado?	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	NO	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	NO
Banco al cual consignar:	BANCO CAJA SOCIAL	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	24099311629
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 $ 124.625.000			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1373063/2020			Nº Compromiso SIIF	13320		
Valor Total del Contrato	$ 34.566.666	N ° Pago	Periodo objeto de pago				Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 34.566.666	1	Del	17/02/2020	Al	29/02/2020	$ 2.266.666,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 32.300.000		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.266.666	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	$ 2.266.666	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 1.336.124	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		$ 0

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	---	9402461596
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 906.666	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 113.400	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 145.100	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL	$ 4.800	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 226.667	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 445.375	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.336.124,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.008.166,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 300	4.016,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 2.262.650,00**	

SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Actividades administrativas autorizadas por la dirección de formación profesional:
Capacitación LMS TERRITORIUM vía videoconferencia programadas en http://sive.sena.edu.co/ - https://sena.territorio.la/cms/index.php
Con un total de 88 horas reportadas.
Garantizar el pago oportuno de la seguridad social de cada mes para que este se vea reflejado en la base de datos del Fosyga.

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 veridica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

CARMEN ALICIA CAMPO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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.
El Supervisor,

HAROL ARMANDO ROSERO SALAZAR
COORDINADOR ACADÉMICO

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

FERNANDO ALFONSO ESCOBAR QUIRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 34563325		CAMPO CARMEN ALICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 17 57n 8-54 casa 16 villa claudia	POPAYAN-CAUCA	8375306	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-01	2020-01	74426416	9402461596	I	2020/02/07	2020/02/07	BANCO DE OCCIDENTE	0	$254,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$4,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$4,600		$0	$0
Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA (1 Afiliados)						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$4,600		$0	$0
1	CC	34563325	CAMPO CARMEN	230201	30	$877,803	$140,500	EPS005	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-23	30	$877,803	$4,600	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$4,600		$0	$0

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2020/02/07 04:16 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 34563325		CAMPO CARMEN ALICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 17 57n 8-54 casa 16 villa claudia	POPAYAN-CAUCA	8375306	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-01	2020-01	74426416	9402461596	I	2020/02/07	2020/02/07	BANCO DE OCCIDENTE	0	$254,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$140,500	$0	$0	$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,600	$0	$0	$4,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$4,600	$0	$0	$4,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$254,900	$0	$0	$254,900

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2020/02/07 04:16 PM

Banco AV Villas
Lo Que Quieras Tener

CAJERO NRO :03516 OPERACION: 5560
FECHA: FEB/07/2020 HORA: 12:24:57

BANCO AV VILLAS

PAGO EN EFECTIVO

PLANILLA AS APORTES EN LINEA
CODIGO FACTURADOR 00001506
FACTURA 9402461596

DENO	CANT		MONTO
$ 20.000	1	$	20.000
$ 50.000	5	$	250.000

VALOR TOTAL BILLETES	$	270.000
VALOR CAMBIO	$	15.100
VALOR DEPOSITADO	$	254.900

FECHA FACTURA :2020/01
VR. PLANILLA : $ 254,900.00
VR. COMISION : $ 0.00
VR. IVA : $ 0.00
APLICA(MM/DD): 02/07

TRANSACCION EXITOSA EN 07/02/2020

COSTO DE TRANSACCION: $ 0

fiel copia del original.

Carmen Alicia Campo
cc. 34.563.325

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) CARMEN ALICIA CAMPO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 34563325 realizó el día 20/02/2020 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, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo CARMEN ALICIA CAMPO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 34563325 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

PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Popayán, 26 de Febrero 2020

Señor
HAROL ARMANDO ROSERO SALAZAR
SUPERVISOR CONTRATO No. **CTO CO1.PCCNTR.1373063**
Coordinador Académico
SENA - Centro de Comercio y Servicios – Regional Cauca
Popayán

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual Mes 2 del año 2020

Referencia: No. CTO CO1.PCCNTR.1373063 de 2020

CARMEN ALICIA CAMPO, identificada con la cédula de ciudadanía No. 34563325 de Popayán, en mi calidad de Contratista del SENA, Regional Cauca Centro de Comercio y Servicios, 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 asciende a la suma de TREINTA Y CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS ($34566666) COP incluido IVA (de conformidad con el régimen tributario a que pertenezca el contratista). Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: A) Un (1) primer pago por valor de Dos Millones Doscientos Sesenta y Seis Mil Seiscientos Sesenta y Seis Pesos ($2.266.666) COP Incluido IVA, por el mes de Febrero de 2020. B) Nueve (9) pagos iguales por valor de Tres Millones Cuatrocientos Mil Pesos ($3.400.000) COP Incluido IVA, por los meses de Marzo a Noviembre de 2020. C) Un (1) último pago por valor de valor de Un Millón Setecientos Mil Pesos ($1.700.000) COP Incluido IVA, por el mes de Diciembre de 2020. Los honorarios serán pagados por el SENA al contratista de acuerdo con el cronograma definido por la Dirección Administrativa y Financiera de la Dirección General, en la cuenta de AHORRO No. 24099311629 de BANCO CAJA SOCIAL, cuyo titular es el Contratista.

Plazo: Será hasta el 15 de diciembre de 2020.

OBJETO:
PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL EN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL, CONFORME A LAS NECESIDADES DEL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - SENA REGIONAL CAUCA EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA – PROGRAMA: GESTIÓN DE MERCADOS.

CLÁUSULA CUARTA:

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1	Adelantar las gestiones necesarias para la ejecución del contrato en condiciones de eficiencia y calidad de acuerdo a las especificaciones exigidas por el SENA y desglosadas en la minuta del contrato	Ejecución de acciones de formación profesional integral de acuerdo con las políticas y procedimientos institucionales.	Actividades administrativas autorizadas por la dirección de formación profesional: Capacitación LMS TERRITORIUM vía videoconferencias programadas en http://sive.sena.edu.co/ y https://sena.territorio.la/cms/index.php
2	Cumplir el objeto y el alcance del contrato de acuerdo con la programación asignada por coordinación Académica en el marco de las políticas de Calidad, Pertinencia y Eficacia	Orientar procesos de formación profesional en las fichas: 1881637 – 1966001 Gestión de Mercados.	N.A por este mes
3	Entregar informes académicos que contenga: juicios evaluativos, novedades de los aprendices (llamados de atención, inasistencia reiterada, resultado del plan de mejoramiento, actividades complementarias bien sean académicas y/o actitudinales); casos específicos para el acompañamiento de aprendices por bienestar o por coordinación académica y reporte de buenas prácticas o casos éxitos por los aprendices.	Registrar en el aplicativo Sofia Plus y en digital a quien corresponde las Novedades de aprendices, todo dentro de los tiempos establecidos.	N.A por este mes
4	Registrar los resultados de la emisión de juicios de evaluación	Registrar en el aplicativo Sofia Plus y	N.A

	relacionados con los logros de los resultados de aprendizaje en los tiempos establecidos por el procedimiento de Ejecución de la Formación Profesional, en el aplicativo dispuesto por la Entidad.	en digital a quien corresponde la emisión de juicios de resultados de aprendizaje evidenciado por los aprendices, en los tiempos establecidos por el procedimiento de la ejecución de la formación y reglamento del aprendiz.	
5	Garantizar el autocontrol de la ejecución de horas en un rango entre 155 y 180 horas. En caso de no cumplir con el rango de ejecución mensual, el pago se hará proporcional a las horas del servicio ejecutado.	Descargar del aplicativo Sofiaplus las horas reportadas mensualmente.	Reporte de horas en Pdf generado por Sofiaplus.
6	Participar de conformidad con las normas institucionales en los comités de seguimiento y evaluación de aprendices donde se requiera.	Reportar y participar del comité de evaluación y seguimiento.	N.A.
7	Garantizar el pago oportuno de la seguridad social de cada mes para que éste se vea reflejado en la base de datos del FOSYGA	El pago fue realizado en el Banco AV VILLAS Planilla No 9402461596 que corresponde al mes de enero de 2020.	Copia del recibo o tirilla de pago (físico). Presentar planilla de seguridad social donde se verifiquen los aportes (Salud, Pensión y ARL) (físico)
8	Vigilar y salvaguardar los bienes y valores que le han sido encomendados y cuidar que sean utilizados debida y racionalmente, así mismo realizar todas las legalizaciones originadas en la obligación contractual.	Mantener los elementos a mi cargo completos y en buen estado. Generar cuando haya lugar el procedimiento para evidenciar perdida o daños de elementos.	N.A es formación virtual
9	Brindar el apoyo técnico de su especialidad a la Subdirección o al Supervisor de los contratos cuando así sea requerido.	Asesorar técnicamente a la Subdirección o al Supervisor de los contratos cuando se	N.A

		requiera.	
10	Brindar el apoyo técnico en el área de su especialidad para la elaboración de los estudios del sector mercado y fichas técnicas requeridas.	Asesorar técnicamente estudios del sector mercado y fichas técnicas cuando se requiera	N.A.
11	Realizar acompañamiento técnico en el área de su especialidad para la emisión de avales requeridos por la unidad de emprendimiento	Asesorar técnicamente a la unidad de Emprendimiento cuando se requiera.	N.A.
12	Conformar los comités de evaluación o verificación de requisitos en los procesos contractuales relacionados con el área de su especialidad	Asistir a comités de verificación y evaluación de requisitos en procesos contractuales relacionados con el área de su especialidad cuando se requiera.	N.A.
13	Participar de las reuniones convocadas por la subdirección y/o coordinaciones que se relacionen con el objeto contractual	Asistir a reuniones convocadas por la subdirección y/o coordinaciones que se relacionen con el objeto contractual	N.A.
14	Participar activamente en la formulación y ejecución de los proyectos cuando sea requerido según el área de su especialidad y de conformidad con la programación académica establecida.	Participar en la formulación y ejecución de los proyectos cuando sea requerido según el área de su especialidad y de conformidad con la programación académica establecida.	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
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 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. **9402461596** de la planilla, expedido por aportes en linea y correspondiente al mes de ENERO del años 2020. (Decreto Ley 2106 de 2019 – " *Decreto Ley Antitrámites*")

Evidencias en ( ) folios

Cordialmente,

Firma
CARMEN ALICIA CAMPO
Contratista
C.C. No. 34.563.325

Recibí a satisfacción:

Firma
HAROL ARMANDO ROSERO SALAZAR
Supervisor Contrato CTO CO1.PCCNTR.1373063 de 2020

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Popayán, Febrero 26 de 2020

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1058550247**	**LAURA CAMILA PEREZ CAMPO**	**HIJO**

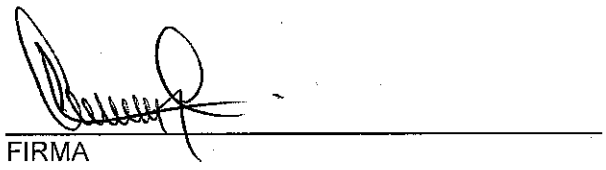
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



FIRMA

Nombre: CARMEN ALICIA CAMPO

C.C. 34563325

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1058550247

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43836530

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código F 1 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CAUCA - POPAYAN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PEREZ	CAMPO

Nombre(s)
LAURA CAMILA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes ABR Día 29	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA CAUCA POPAYAN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	52060341-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
CAMPO CARMEN ALICIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 34,563,325 DE POPAYAN	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
PEREZ ZUÑIGA KILMAN AUGUSTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 76.334.248 DE BOLIVAR	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
PEREZ ZUÑIGA KILMAN AUGUSTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 76.334.248 DE BOLIVAR	Kilman Augusto Perez

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2010 Mes MAY Día 06	ANA ELVIRA GUZMAN DE VARONA Nombre y firma

REGISTRADURIA DE COLOMBIA

IMPRESO POR DANURANTO S.A. NIT. 860.013.711-5 10393 10-2008

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

43836530

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.058.550.247

PEREZ CAMPO

APELLIDOS

LAURA CAMILA

NOMBRES

Laura camila Perez Campo

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 29-ABR-2010

POPAYAN
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

29-ABR-2028
FECHA DE VENCIMIENTO

A+
G.S. RH

F
SEXO

13-JUL-2017 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1100100-00926231-F-1058550247-20170726 0056678699A 3 7764527248