SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL BOYACÁ
CENTRO MINERO- BOYACA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION

Código Regional	15
Código Centro	911110
Fecha Elaboración	Marzo de 2020
Versión	FEBRERO 2020 - 2.20
ID de Proceso	19692-791457

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	HEIDY ANDREA ARCHILA REYES	**C.C.**	46.377.446	**IP/N° de contacto**	3112428362
Correo electrónico contratista:	harchilar@sena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta?**	SI	**Es Pensionado?**	NO
Sus Ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	SI
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**N° Cuenta**	35861736332
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 $ 117.503.000**			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° del contrato:	1411545/2020			**N° Compromiso SIIF**	21020	
Valor Total del Contrato	$ 32.155.700	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 31.794.400	**2**	**Del**	01/03/2020	**Al** 31/03/2020	**$ 3.613.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 28.181.400		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.613.000	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	$ 361.300			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.974.300**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.185.928**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

		Marzo	Febrero
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-------	4324976777
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.445.200	$ 877.803
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 180.700	$ 109.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 231.300	$ 140.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 15.100	$ 9.200
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		$ 140.500	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 109.800	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Dependientes hasta	$ 1.139.424	$ 397.430	
Salud hasta	$ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 8.545.680	$ 728.643	
Retención en la Fuente Contingente		$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.185.928,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.201.000,00	
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 - 8299	0,00	0,000%
-	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	**$ 3.613.000,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Planear, orientar y evaluar procesos de formación en el área y programa objeto del presente contrato, de acuerdo con la programación establecida, el modelo pedagógico del SENA, los lineamientos del sistema de gestión integral del calidad.
Establecer la ruta de aprendizaje y asociar aprendices en le aplicativo SOFIA PLUS de acuerdo con la intensidad horaria que tiene establecido casa programa de formación. Planear y ejecutar las actividades relacionadas de la guía de aprendizaje.
Cumplir con los productos definidos en el proyecto formativo y/o productivo asociados al programa objeto del presente contrato
Realizar actividades de divulgación, promoción, inscripción y gestión documental para la matricula de los programas objeto del presente contrato de acuerdo con los lineamientos, cobertura y productos indicados por la subdirección de centro y la coordinación.
Asistir a todas las reuniones que sean programadas por la subdirección de centro y la coordinación, para fijar y monitorias los lineamientos, cobertura y productos indicados.
Participar en equipos de trabajo de desarrollo curricular, investigación y desarrollo tecnológico, ocupacional y social, del área objeto presente contrato que se requiera por paste de la subdirección del centro y la coordinación.
Participar en los procesos de actualización y formación que requiere parta el cumplimiento de las obligaciones contractuales, que programe el centro de formación.
Total horas ejecutadas 160

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.

HEIDY ANDREA ARCHILA REYES
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 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

ECCEHOMO SUAREZ GUTIERREZ
INSTRUCTOR

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

JUAN CARLOS PINILLA HOLGUIN
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACION:	46377446
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			HEIDY ANDREA ARCHILA REYES
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOGAMOSO	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCION:	CARRERA 11 A 19 72	TELEFONO:	2222222
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	1-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	1 - XXXX
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:	4324976777	TIPO DE PLANILLA:					I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACION OTROS	MES	febrero AÑO	2020	PERIODO COTIZACION SALUD.	MES	febrero	AÑO 2020
DIAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/02/18	NUMERO AUTORIZACION:					9999053490

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CODIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACION	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.500	$ 0	$ 140.500
SUBTOTALES:										$ 140.500	$ 0	$ 140.500

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACION		MORA		TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACION	VALOR	NUMERO AUTORIZACION	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACION	UPC	COTIZACION	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800
SUBTOTALES:													$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																			PARAFISCALES						
																										PENSION								SALUD							ARP					CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 46377446	ARCHILA REYES HEIDY	INDEPEND		$ 877.803			NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	$ 109.800				$ 0	$ 0		$ 0								

TOTAL	$ 250.300

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION:	CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO DE IDENTIFICACION:	46377446	
NOMBRE O RAZON SOCIAL:		HEIDY ANDREA ARCHILA REYES	
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOGAMOSO DEPARTAMENTO:	BOYACA	
DIRECCION:	CARRERA 11 A 19 72 TELEFONO:	2222222	
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act	
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL SUCURSAL / DEPENDENCIA:	1 - XXXX	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:	4328137265	TIPO DE PLANILLA:					N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACION OTROS	MES	febrero AÑO	2020	PERIODO COTIZACION SALUD	MES	febrero AÑO	2020
DIAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/03/09	NUMERO AUTORIZACION:					9999319162
NUMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	4324976777	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:					2020/02/18

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CODIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACION	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
SUBTOTALES:										$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACION	VALOR	NUMERO AUTORIZACION	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACION	UPC	COTIZACION	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
SUBTOTALES:													$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACION		TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACION	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACION		APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0		$ 9.200	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200
SUBTOTALES:										$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																				SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																												PENSION							SALUD						ARP								CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	V/ UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 46377446	ARCHILA REYES HEIDY ANDREA	INDEPEND		$ 877.803			NO							A										25-14 COLPENSIONES	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	$ 109.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 46377446	ARCHILA REYES HEIDY ANDREA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 877.803			NO							C										25-14 COLPENSIONES	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	$ 109.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 877.803	1	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 46377446	ARCHILA REYES HEIDY ANDREA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 877.803			NO							R										25-14 COLPENSIONES	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 0	EPS037-NUEVA EPS	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 877.803	1	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 9.200

PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Sogamoso, Marzo de 2020

Señor (a)
ECCEHOMO SUAREZ GUTIERREZ
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. **CO1.PCCNTR 1411545**
Cargo del supervisor Coordinador Formación Complementaria
Dependencia COORDINACIÓN ACADEMICA
Sogamoso

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

Referencia: No CO1.PCCNTR. 1411545 del año (2020)

HEIDY ANDREA ARCHILA REYES, identificado con la cédula de ciudadanía No. 46377446 de Sogamoso, en mi calidad de Contratista del SENA, en Formación Complementaria Virtual, 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 Marzo.

Valor y forma de Pago: El valor del presente contrato asciende a la suma de TREINTA Y DOS MILLONES CIENTO CINCUENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS PESOS Mcte ($32155700) 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 primer pago correspondiente a la fracción del mes de febrero por valor de TRECIENTIOSSENTA Y UN MIL TRECIENTOS PESOS Mcte ($361300) COP. b) OCHO pago(s) iguales por valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL PESOS Mcte ($3613000) y un último pago correspondiente al mes de Noviembre , por un valor de DOS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA MIL CUATROCIENTOS PESOS Mcte (2890400) COP incluido IVA cada uno, que se pagara en los meses de febrero a Noviembre 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 AHORROS No. **35861736332** de BANCO COLOMBIA , cuyo titular es el (la) contratista; PARAGRAFO PRIMERO: El valor del contrato incluye todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas, contribuciones y demás emolumentos relacionados con el cumplimiento del objeto contractual. PARPAGRAFO SEGUNDO: El cambio de cuenta por parte del contratista deberá ser informada al supervisor del contrato con el fin de surtir los trámites pertinentes. PARÁGRAFO TERCERO: Para que el SENA pueda adelantar los trámites administrativos para el pago, el (la) Contratista debe presentar la certificación expedida por el supervisor de contrato de cumplimiento y certificación de pago de aportes al sistema general de Salud, Pensión y Riesgos Laborales, así como el informe de ejecución, la planilla de pago y los demás documentos necesarios para el pago.

Plazo: Será hasta el (24) de (Noviembre) de 2020.

OBJETO:
"OBJETO INSTRUCTOR: Prestar los servicios profesionales de carácter temporal como instructor del programa de formación virtual en Salud Ocupacional y Riesgos Profesionales que atiende el Centro Minero, de acuerdo con la programación establecida, el modelo pedagógico del SENA, los lineamientos del sistema de gestión integral de calidad y la normatividad vigente."

CLÁUSULA (No. de cláusula donde se encuentren las obligaciones del contratista)

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1	Planear, orientar y evaluar procesos de formación en el área y programa objeto del presente contrato, de acuerdo con la programación establecida, el modelo pedagógico del SENA, los lineamientos del sistema de gestión integral de calidad.	Realizar formación virtual en los programas de la familia de Salud Ocupacional y Riesgos Profesionales asigandas por el Centro de Formación. Notificar a los aprendices en todo el proceso formativo por medio de (anuncios, foros, chats, correos , alertas, mensajería interna, entre otros). Realizar el alistamiento y configuración de los cursos asignados.	Guias de aprendizaje Codigo GFPI-F-019, publicadas en la plataforma LMS Territorium de la fichas Nº 2077079, 2087269 del programa presencial Implementacion del Sistema de Gestion de Seguridad Y salud en el trabajo y las fichas Nº 2881118 del programa seguridas y salud en las labires mineras subterráneas avanzadas para personal operativo.
2	Establecer la ruta de aprendizaje y asociar aprendices en el aplicativo SOFIA PLUS de acuerdo a la programación en intensidad horaria que se fije para cada programa de formación.	Verificar la creación de la ruta de aprendizaje generada por el equipo de programadores del grupo de formación virtual y a distancia de la Dirección General.	Reporte de Sofia Plus DF-49. Reporte de juicios de evaluación del programa Implementacion del Sistema de Gestion de Seguridad Y salud en el trabajo y del programa seguridas y salud en las labires mineras subterráneas avanzadas para personal operativo.
3	Planear y ejecutar las actividades relacionadas de la guía de aprendizaje.	Ejecutar el cronograma del curso (RAPS, actividades, tiempos y plazo máximo de entrega de evidencias).	Lista de asistencia de aprendices. Evaluación de resultados .
4	Ejecutar la formación profesional	Llevar a cabo la formación	Diseño curricular y

	integral de acuerdo con el currículo, desarrollo curricular y proyecto formativo de los programas del área temática objeto del contrato.	teniendo en cuenta el currículo en el área de desempeñar.	guias de aprendizaje.
5	Aplicar según modalidad, estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación de acuerdo a los lineamientos pedagógicos y metodológicos de la entidad.	Implementar estrategias de aprendizaje mediante ambientes virtuales para la enseñanza de salud ocupacional y riesgos profesionales.	Utilizar los diferentes medios de enseñanza virtual, plataformas y las tics.
6	Participar cuando el centro de formación lo requiera, en proyectos de investigación técnica y/o pedagógica para fortalecer el proceso de formación del área temática objeto del contrato.	Ser participe en la formación que se requiera con el fin de fortalecer y mejorar la enseñanza.	Listas de asistencia.
7	Participar en la planeación de los procesos formativos en modalidad virtual y a distancia, de acuerdo con los lineamientos institucionales, para el área temática del objeto contractual.	Participar de los programas de formación virtual que permitan aumentar y mejorar el conocimiento.	Asistencia Registros de capacitación.
8	Participar cuando el centro de formación lo requiera, en jornadas de diseño y desarrollo curricular de programas de Formación Profesional integral en modalidad virutal y a distancia, conforme a las necesidades nacionales y a los lineamientos institucionales requeridos.	Participar activamente en los diferentes grupos de trabajo, cuando el centro asi lo requiera.	Reporte de asistencia
9	Evaluar los aprendizajes previos correspondientes a las fichas asignadas, de acuerdo con los procedimientos, plazos y herramientas tecnológicas que la entidad defina.	Valorar los conocimientos previos de los aprendices en el área de salud ocupacional y riesgos profesionales.	Evaluación Cuestionario Interacción personalizada.
10	Participar cuando el centro de formación lo requiera, en proyectos de investigación técnica y/o pedagógica para fortalecer el proceso de formación en modalidad virtual y a distancia.	Participar en programas de actualización, investigación y/o pedagogía, cuando el centro asi lo requiera.	Correos enviados por el equipo de soporte didáctico pedagógico.
11	Ejecutar la formación profesional integral de acuerdo con el diseño curricular, desarrollo curricular y proyecto formativo de los programas virtuales del área temática en el objeto de contrato.	Cumplir con los requerimientos de la formación teniendo en cuenta el diseño y desarrollo curricular en la formación virtual.	Documentos – diseño curricular, desarrollo curricular y proyectos formativos.
12	Aplicar estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación	Identificar estrategias de enseñanza- aprendizaje como	Implementar el buen uso de la nueva

	en modalidad virtual y a distancia, de acuerdo a los lineamientos pedagógicos y metodológicos de la entidad.	motivación para los aprendices y ayudarles en el mejoramiento de su conocimiento.	plataforma y tecnologías como estrategia para la enseñanza-aprendizaje.
13	Emitir juicio valorativo sobre el nivel de cumplimiento de los resultados de aprendizaje de las competencias del programa en modalidad virtual y a distancia, adquiridos por los aprendices en el desarrollo de su formación, aplicando los procedimientos, plazos y herramientas tecnológicas que la entidad defina.	Evaluar de acuerdo a los resultados de aprendizaje obtenidos a cada aprendiz.	Juicios de evaluación.
14	Registrar, verificar y hacer seguimiento oportuno en el sistema de información que la entidad defina para la Gestion de la Formación Profesional Integral en modalidad virtual y a distancia, mediante las siguientes actividades: a) Verificar que la totalidad de los aprendices seleccionados estén asociados a una ruta de aprenizaje y su estado sea matriculado. B) Registrar juicios evaluativos, realizar reconocimiento de aprendizajes previos, para los aprendices nuevos, reintegrados o trasladados. C) Comunicar al Coordinador Academico oportunamente anomalías, inconsistencias, novedades de aprendices y hallazgos en el registro de la información.	Realizar los proceso de asociar y registrar en las plataformas, hacer seguimiento oportuno a los aprendices.	Reporte de accesos y seguimiento del centro de calificaciones en el espacio LMS.
15	Aplicar y hacer cumplir el reglamento del aprendiz y el manual de convivencia isntaurado en la institución. Apoyar procesos de Registro calificado para los programas de educación superior dek área temática objeto del presente contrato, cuando el centro lo requiera.	Fomentar en el aprendiz una cultura de respeto, cumplimiento y responsabilidad en la formación y ambientes virtuales.	Evaluación y retroalimentación de acuerdo al reglamento de ambientes virtuales.
16	Realizar seguimiento a los aprendices que ingresan a la etapa productiva en modalidad virtual ya distancia según la asignación y requerimientos del centro de formación.	Verificar seguimiento a los aprendices en la etapa productiva en modalidad virtual.	Reporte de accesos y seguimiento del centro de calificaciones en el espacio LMS de la plataforma SofiaPlus.

17	Participar en los procesos de autoevaluación de programas de formación vitual y a distancia en el Centro de Formación.	Ser participe de los procesos que programe el centro de formación para los temas de autoevaluación virtual.	Correos enviados por el equipo de soporte didáctico pedagógico. Reportes de asistencias de transferencias virtuales.
18	Las demás necesarias para el cabal cumplimiento del objeto contractual.	Cumplir con los lineamientos de la formación, participación y capacitación constante para el desempeño idóneo como instructor del centro de formación.	Reportes de asistencia a capacitaciónes y reuniones, Certificaciones, actualizaciones y demás requeridas por el centro.

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.	98	TOPAGA	9 de Marzo de 2020	13 de Marzo de2020
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. de la planilla 432476777 y 432813765 operador SOI y periodo Febrero 2020. (Decreto Ley 2106 de 2019 – " *Decreto Ley Antitrámites"*)

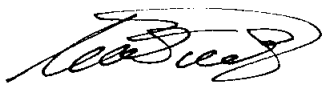
Evidencias en ( ) folios

Cordialmente,

Firma
HEIDY ANDREA ARCHILA
Contratista

Contratista
C.C. No. 46377446 de Sogamoso

Recibí a satisfacción:

Firma 
ECCEHOMO SUAREZ GUTIERREZ
Supervisor(a) Contrato 1384467 de 2020
Coordinador Formación Complementaria

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Sogamoso, Marzo 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.	**1057576939**	**Santiago Andes Tibaduiza Archila**	**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: Heidy Andrea Archila Reyes

C.C. 46.377.446 de Sogamoso

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 1160041

NUIP 1057576939*

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

TIBADUIZA ARCHILA SANTIAGO ANDRES**********

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	0	6	Mes	F	E	B	Día	0	2	MASCULINO**********	O +******

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

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO**********

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	0	6	Mes	F	E	B	Día	2	2	0037022467**********

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

ARCHILA REYES HEIDY ANDREA**********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 46377446**********	COLOMBIA**********

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

TIBADUIZA LOPEZ HECTOR JULIO**********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 9523512**********	COLOMBIA**********

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

TIBADUIZA LOPEZ HECTOR JULIO**********

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 9523512**********

Espacio para notas

****

****

****

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO**********

Código: E X M

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)											
Año	2	0	0	6	Mes	F	E	B	Día	2	2

Nombre y firma del funcionario

LYNDA MELISSA DIAZ ALVARADO

Registrador del Estado Civil