



PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Bogotá, 20 de febrero de 2020

Señora

NURY PATRICIA MALDONADO ZÁRATE

SUPERVISORA CONTRATO No. CO1.PCCNTR.1326525

Coordinadora Académica

Coordinación Académica de Gestión del Talento Humano

Bogotá

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

Referencia: No CO1.PCCNTR.1326525 del año 2020

Camilo Andrés Cruz Manrique, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.030.524.737 de Bogotá, en mi calidad de Contratista del SENA, en el Centro de Gestión Administrativa (Coordinación Gestión del Talento Humano), 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 MILLONES TRESCIENTOS VEINTIUN MIL DOSCIENTOS PESOS (\$30.321.200) 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 correspondiente al mes de ENERO de 2020, por valor de CIENTO VEINTISEIS MIL TRESCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS (\$126,338) COP., b.) CINCO (5) pagos iguales correspondientes a los meses de FEBRERO a JUNIO de 2020, por valor de TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA MIL CIENTO CINCUENTA PESOS (\$3.790.150) COP., cada uno., c.) UN (1) pago correspondiente al mes de JULIO de 2020, por valor de DOS MILLONES NOVECIENTOS CINCO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS (\$2.905.782) COP., d.) DOS (2) pagos iguales correspondientes a los meses de AGOSTO y SEPTIEMBRE de 2020, por valor de TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA MIL CIENTO CINCUENTA PESOS (\$3.790.150) COP., cada uno., e.) UN (1) pago final correspondiente al mes de OCTUBRE de 2020, por valor de SETECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL TREINTA PESOS (\$758.030) COP.

Plazo: Será hasta el 06 de Octubre de 2020.

OBJETO:

Prestar los servicios personales de carácter temporal, para impartir Formación Profesional Integral, mediante la modalidad de periodos fijos de instructores, para la ejecución de acciones de Formación Titulada y/o Complementaria, presencial y virtual, en las Áreas de Gestión del Talento Humano, Asistencia y Gestión Administrativa y Gestión Documental y de la



Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: Documentos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados y la planilla numero 40783585 de TUPLANILLA, correspondiente al mes de Enero (Decreto Ley 2106 de 2019 – “Decreto Ley Antitrámites”)

Evidencias en (7) folios

Cordialmente,

Firma

Camilo Andrés Cruz Manrique

Contratista

C.C. No. 1.030.524.737

Recibí a satisfacción:

Firma

Nury Patricia Maldonaso Zaráte

Supervisor(a) Contrato CO1.PCCNTR.1326525 de 2020

Coordinadora Académica Gestión del Talento Humano

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) CAMILO ANDRES CRUZ MANRIQUE identificado(a) con cedula ciudadanía 1.030.524.737, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 21 días del mes de Enero de 2.020

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
12891755

CER-AFI



Hace constar:

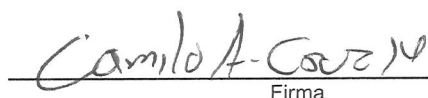
Que el Sr(a) CAMILO ANDRES CRUZ MANRIQUE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1030524737 realizó el día 20/02/2020 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo CAMILO ANDRES CRUZ MANRIQUE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1030524737 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

TIPO		DATOS DEL APORTANTE							
	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO			
CC	1030524737	Camila Andres Cruz Manrique		calle 26 sur No 73A-23 bloque 4 entrada 5 apt 2do piso	4038745	ingenierocamilacruz@gmail.com			EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D. C.				NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
2020-01	2020-01	1	20/02/2020	40783585	\$256.800

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD		
Código EPS	Nombre	NIT
EPS008	Compensar EPS	86006942-7
		109.800

UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
0	0	0	0	0	9	800	0	110.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	MIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Powentir	800224808-8	140.500	0	0	0	0	9	1.000	0	141.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Salto a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor									
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	4,600						4,700			46	4,700	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	109.800	110.600
Pensión	1	140.500	141.500
Riesgos Laborales	1	4.600	4.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	254.900	256.800