SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CUNDINAMARCA
CENTRO INDUSTRIAL Y DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA-CUNDINAM

Código Regional	25
Código Centro	923210
Fecha Elaboración	Enero de 2020
Versión	ENERO 2020 - 1,20

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	ALIRIO UMAÑA VELASQUEZ aliriouv@misena.edu.co	C.C.	79.348.348	IP/N° de contacto	3105765394
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 ?	SI
Banco al cual consignar:	BANCO BBVA	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta	83385880
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

N° del contrato:	259232094/2020			N° Compromiso SIIF	9520	
Valor Total del Contrato	$ 39.417.560	N ° Pago	Periodo objeto de pago			Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 39.417.560	1	Del	30/01/2020	Al 31/01/2020	$ 126.338,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 39.291.222		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 126.338	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	**$ 126.338**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 0**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Enero	Diciembre			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		8339653178	Valor Base retención en la fuente	0,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 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	$ 4.600	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	0,00	0,600%
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	$ -				
Salud hasta $ 569.712	$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ -5.341		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		**VALOR A PAGAR**	**$ 126.338,00**	

SON: CIENTO VEINTISEIS MIL TRESCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1803561 Ejecutar las acciones de capacitación, desarrollo y mantenimiento de competencias individualesy de equipo de trabajo de acuerdo con el plan establecido 4 horas.
TOTAL 4 HORAS.

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.

ALIRIO UMAÑA VELASQUEZ
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,

NELSON OCTAVIO GOMEZ BOTERO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

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

ROBERTO PRIETO LADINO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Scanned with CamScanner

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ALIRIO UMAÑA VELASQUEZ
No. Identificación: CC79348348
Dirección: AVENIDAD CARRERA 33 # 49A -36 SUR
Telefono: 7131507
Correo: aumanavelasquez@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8339653178

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ALIRIO UMAÑA VELASQUEZ
Tipo y número de identificación	CC79348348
Número de planilla	8339653178
Fecha pago	2020-01-14
Número de autorización pago	39653178
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	diciembre de 2019
Periodo de Cotización Pensión	diciembre de 2019
Número de Administradoras	2
Total Pagado	236100
Total Intereses de Mora	0

PAGADA
8339653178

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	132500	1
EPS008	Compensar EPS	103600	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 79348348
APELLIDOS Y NOMBRES: ALIRIO UMAÑA VELASQUEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	828116	828116	0	0	103600	0	132500	0	0	0

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

Scanned with CamScanner

Señor(es): ALIRIO UMANA VELASQUEZ
Nit: CC 79348348
Dirección: AVENIDAD CARRERA 33 # 49A -36 SUR
Teléfono: 7131507 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	ALIRIO UMANA VELASQUE
Tipo y número de identificación	79348348
Número de radicación planilla	8340643637
Fecha de pago	2/13/2020
Número de autorización de pago	40643637
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Diciembre 2019
Periodo cotización pensión	Diciembre 2019
Periodo cotización caja	Diciembre 2019
Número de administradoras	1
Total Pagado	$4.500
Total interes mora	$100

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		

PAGADO 40643637

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

Scanned with CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto: 13 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14567305893

(415)7707212489984(8020) 000001456730589 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
79348348	1	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	79348348	19831108

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
UMAÑA	VELASQUEZ	ALIRIO	

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: AK 33 49 A 36 SUR

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
aumanavelasquez@gmail.com		7131507	3105765394

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8541	20130118	8542	20130118	8523			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código: 5	49																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 20190601

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 30-03-2020 12:59:05PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Scanned with CamScanner

Clinisur IPS 1 Ltda.

Régimen : COMUN Salud Ocupacional

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000048032

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: FUNDACION FEI FAMILIA ENTORNO INDIVIDUO FECHA 27/02/2018 12:08:47

PREOCUPACIONAL O INGRESO ✓ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: ALIRIO UMAÑA VELASQUEZ **C.C** 79348348

EDAD 52 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** INSTRUCTOR



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	✓	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☐
Visiometría	✓	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐	Otros ✓
Audiometría	✓	Cuales	ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Espirometría	☐	Radiografías	

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente diagnostico

APTO PARA EL CARGO ✓ MOTIVO PARA LABORAR

NO APTO ☐ MOTIVO

OBSERVACIONES

/ CONTROL POR NUTRICION EPS
USO DE LENTES
CONTROL MEDICO EPS
USO DE EPP

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐ Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO ☐

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biometrica

Anderson Y. Gómez Avila
Medico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución No 4451 - 2016

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705

Scanned with CamScanner

COLCAN
SALUD OCUPACIONAL

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Nombre:	UMAÑA VELASQUEZ ALIRIO	**Identificación:**	CC 79348348
Genero:	Masculino	**Edad:**	53 AÑOS
Cargo:	INSTRUCTOR	**Orden No.**	107445
Fecha de ingreso:	28/01/2019 01:03 p. m.	**Fecha de salida:**	29/01/2019 08:19 a. m.
Empresa:	SALUD OCUPACIONAL CALLE 49	**Destino:**	SENA
Tipo de evento:	Ingreso		



Tipo de evaluación: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

Exámenes realizados:

Laboratorio Clínico Examen Medico Ocupacional Con Énfasis Osteomuscular Enfasis Cardiovascular Prueba Psicológica Para Evaluar Fobias, Ansiedad, Stress Y Control De Impulsos.

Concepto SIN LIMITACIONES O RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Restricción y/o causa de aplazamiento:

NO

Recomendaciones

Recomendaciones personales:
Ejercicio fisico diario 30 minutos al dia
Hábitos alimentarios con dieta baja en grasa y carbohidratos .
Control por nutrición en EPS
Uso de corrección visual
Control Optometrico anual
Control médico preventivo.
Recomendaciones laborales:
Examen ocupacional periódico según SST de la empresa.
Realizar pausas activas durante la jornada laboral.
Higiene postural.

Observaciones

NO

Incluir en SVE No
Programa de Promoción y Prevención Visual, Nutricional

Angela M. Ochoa E.

Nombre Médico Evaluador
OCHOA ESTEPA ANGELA MARIA
Registro médico: 25882 Lic. So 14361

Paciente
UMAÑA VELASQUEZ ALIRIO
CC 79348348

Sede principal Calle 49 No. 13 -60 Tel. 7447555 Opción 4
Sede 45 Calle 45 No. 8 - 99 Tel. 3406320

Scanned with CamScanner

LABORATORIO CLINICO MEDICO

COLCAN

Nombre	UMAÑA VELASQUEZ ALIRIO			Fecha de recepcion	29-ene-2019 1:05 pm
Identificacion	CC 79348348	Tel	3105765384	Fecha de impresion	29-ene-2019 6:18 am
Edad	53 Años 6 Meses 19 Dias	Sexo	M	Empresa	COLCAN - SALUD OCUPACIONAL
Medico	MEDICOS VARIOS			Sede	SALUD OCUPACIONAL CALLE 4
No. Ordenamiento				Fecha Validacion	29-ene-2019 7:23:06p.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia

CUADRO HEMATICO

Método: Impedancia Electrica

ERITROCITOS	4.93	millones	4.50 a 6.10
HEMOGLOBINA	13.3	gr.%	14.0 a 18.0
HEMATOCRITO	40.2	%	40.0 a 53.0
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VMC)	82	fl	80 a 98
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (HCM)	31.4	pg	27.0 a 31.0
CONCENTRAC. CORPUSC. MEDIA DE Hb (CCMH)	34.3	gr/dl	32.0 a 35.0
ANCHO DE DISTRIB. DE LOS ERITROCITOS (ADE)	13.1	%	11.0 a 15.0
LEUCOCITOS	7.2	miles/mm3	4.5 a 10.0
FORMULA LEUCOCITARIA			
Segmentados	45.7	%	50.0 a 67.0
Linfocitos	39.4	%	27.0 a 40.0
Monocitos	7.4	%	3.0 a 12.0
Eosinófilos	1.8	%	1.0 a 6.0
Basófilos	0.4	%	0.0 a 1.0
Linfocitos Reactivos	1.3	%	0.0 a 2.0
Segmentados	4.74	(x) mm3	3.00 a 7.50
Linfocitos	2.79	(x) mm3	1.00 a 4.00
Monocitos	0.52	(x) mm3	0.20 a 1.20
Eosinófilos	0.14	(x) mm3	0.00 a 0.50
Basófilos	0.03	(x) mm3	0.00 a 0.20
Linfocitos Reactivos	0.10	(x) mm3	0.00 a 0.20
PLAQUETAS RECUENTO	255	miles/mm3	150 a 450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	7.40	um3	7.0 a 8.0
PCT	0.193	%	
IDP	12.3	%	
ERITROSEDIMENTACION	6	mm/h	1 a 15



Evolucionamos como la vida

COLCAN S.A.S | NIT 830.006.661-3 | Contact center: +57(1) 743 7777 | Línea gratuita nacional: 01 8000 180014 | e-mail: radicadoinformesmedicos.com | www.colcansaludintegral.com

Scanned with CamScanner

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) ALIRIO UMAÑA VELASQUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79348348 realizó el día 06/02/2020 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 ALIRIO UMAÑA VELASQUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79348348 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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

Scanned with CamScanner

BBVA

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente **ALIRIO UMA#A VELASQUEZ,** identificado(a) con **cédula de ciudadanía número 79.348.348** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 083385880** aperturada el **27 de febrero del 2018,** cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **21** días del mes de **enero** del año **2020**.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0083385880**
Cuenta de 16 dígitos: **0083000200385880**
Cuenta de 20 dígitos: **00130083000200385880**

Firma autográfica

Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Scanned with CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

Scanned with CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO Nº:** 21461010130750

FECHA	
30/01/2020	
RECIBIMOS DE:	UMANA VELASQUEZ ALIRIO C.C. 79348348
LA SUMA DE:	TREINTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 21-46-101013075

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
ANTIGUO COUNTRY - CU. ESTATAL - 101013075 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 7,000.00	$ 5,130.00	$ 32,130.00

FORMA DE PAGO

INTERMEDIARIO:	DELIMA GRUPO EMPRESARIAL - 93093	**EFECTIVO:** $ 32,130.00
		CHEQUE: $ 0.00
		TARJETA: $ 0.00
		BD: $ 0.00
		OTROS: $ 0.00
		TOTAL: $ 32,130.00
		CAJERO: RAPIESTADO

ORIGINAL

SEGUROS DEL ESTADO S.A. DELIMA TELEFONO 040 [illegible]80

Scanned with CamScanner

INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Soacha, Enero de 2020

Señor
NELSON OCTAVIO GOMEZ BOTERO
SUPERVISOR CONTRATO No.094 de 2020
Coordinador de formación Titulada
Dependencia Formación Titulada
Ciudad

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual mes Enero, Año 2020

ALIRIO UMAÑA VELÁSQUEZ, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.348.348 de Bogotá D.C., en mi calidad de Contratista del SENA, Formación Titulada y Complementaria de la red de conocimiento en Gestión Administrativa y Financiera en el área TALENTO HUMANO, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios No.094 de 30 de Enero del año 2020, a continuación presento el Informe de actividades realizadas durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de Enero del año 2020.

Valor y forma de Pago: el valor total del presente contrato es máximo de TREINTA Y NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS DIECISIETE MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS ($39.417.560) MCTE incluido IVA (de conformidad con el régimen tributario a que pertenezca el contratista). El valor mensual del contrato es: TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA MIL CIENTO CINCUENTA PESOS ($ 3.790.150) MCTE. Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: a) un primer pago, correspondiente al valor de los días ejecutados de manera proporcional al valor mensual de los honorarios de acuerdo a la fecha del acta de inicio del contrato por un valor de CIENTO VEINTISEIS MIL TRECIENTOS TREINTA Y OCHO UN PESOS ($126.338) MCTE para el mes de ENERO, b) diez pagos mensuales y sucesivos proporcionales a los días ejecutados y verificados por el supervisor del contrato por un valor de TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA MIL CIENTO CINCUENTA PESOS ($3.790.150) MCTE, c) un último pago correspondiente al valor del periodo ejecutado de manera proporcional al valor mensual de los honorarios verificado por el supervisor del contrato por un valor de UN MILLON TRECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTIDOS PESOS ($1.389.722) MCTE para el mes de DICIEMBRE. Los honorarios serán pagados por el SENA al contratista de acuerdo con el cronograma definido por la Coordinación Administrativa del Grupo Mixto de la Regional Cundinamarca, en la cuenta de AHORROS No. 00833E5E80 BANCO BBVA, cuyo titular es el contratista.

Plazo: DIEZ (10) MESES DOCE (12) DIAS; hasta el 11 de diciembre de 2020 sin exceder la presente vigencia presupuestal y empezará a contarse a partir del cumplimento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución indicados en este contrato.

Fecha Inicio: 30 DE ENERO DE 2020

Scanned with CamScanner

INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Fecha terminación: 11 DE DICIEMBRE DE 2020

CLAUSULA PRIMERA:

OBJETO:
Prestar con plena autonomía técnica y administrativa y de forma articulada con los lineamientos institucionales, el desarrollo de las actividades de formación en el programa de Titulada y Complementaria de la red de conocimiento en GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA EN EL ÁREA DE TALENTO HUMANO, así como aquellas coherentes con su perfil profesional de acuerdo con las necesidades del Centro Industrial y de Desarrollo Empresarial de Soacha.

CLAUSULA CUARTA:

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1.	A). Participar en la programación y ejecución del proceso de inducción de aprendices y el reconocimiento de aprendizajes previos de acuerdo con las necesidades del Centro de formación.	Se realizó acompañamiento al proceso de inducción de aprendices de las fichas 1803561	Se presentan listas de asistencia de las fichas: No me han asociado la ficha en Sofía Plus 1803561
2.	B.) Realizar a cabalidad como equipo ejecutor el procedimiento "Ejecución de la Formación Profesional integral" velando por la planeación académica y que corresponda a la orientación del proyecto de formación, relacionado con el Diseño curricular, evidenciado las fases de la ejecución del proyecto formativo en el portafolio del instructor.	Pendiente la planeación pedagógica. No se realiza el procedimiento de ejecución de la formación profesional integral de acuerdo con la planeación académica asignada con la ficha: 1803561	No se adjunta formato GPFI-F-018 Planeación Pedagógica Proyecto Formativo en versión vigente. No me han asociado la ficha en Sofía Plus
3.	C). Entregar en medio impreso los soportes del procedimiento de Ingreso de aprendices al programa de formación tales como: Ficha de matrícula; fotocopia del documento de identidad, y/o requisitos definidos en el diseño curricular.	El proceso reposa en administración educativa.	El proceso reposa en administración educativa.
	D). Registrar, verificar y hacer seguimiento en el SISTEMA SOFIA PLUS de manera oportuna de todas las actividades que se acuerdo con los procesos, son de su responsabilidad, garantizando la calidad de la	Se realizó enrutamiento y verificación de aprendices inscritos en formación de las fichas: No me han asociado la ficha en Sofía Plus	No me han asociado la ficha en Sofía Plus Se presenta pantallazo de la

Scanned with CamScanner

4.	información y su coherencia con el proceso formativo tales como: a). Validar que la totalidad de los aprendices seleccionados y convocados a matrícula queden en ese estado. b). Registro de los juicios evaluativos; c). Asegurar el registro oportuno de todas las rutas de aprendizaje de aprendices; nuevos, reintegrados o trasladados. d). Registro de juicios evaluativos del reconocimiento de aprendizajes previos, e). Comunicar al Coordinador Académico oportunamente anomalías, inconsistencias, novedades de aprendices y hallazgos en el registro de la información.	1803561 No se realizaron juicios evaluativos de las fichas Se comunica al coordinador académico oportunamente las novedades presentadas durante el proceso de formación en el trimestre	plataforma Sofía plus donde se evidencia el estado de los aprendices de las fichas: No me han asociado la ficha en Sofía Plus
5.	E). Garantizar el registro oportuno de "TODOS" los juicios evaluativos correspondientes a los resultados de aprendizaje, de acuerdo con el avance en cada programa de formación	No se realizan juicios evaluativos	
6.	F). Implementar estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación de acuerdo con los lineamientos pedagógicos y metodológicos de la entidad.	Pendiente esta actividad, Plan de trabajo concertado con el aprendiz y anexo control de evidencias. Se aplicaron las guías de aprendizaje para las competencias: Definir procesos, Documentar, Controlar la información del talento humano, Seleccionar candidatos, proveer la información, controlar la información.	Pendiente Acta Plan de trabajo y Anexo control de evidencias firmada y radicada (para todas las fichas que estén en formación) Guías de aprendizaje de las competencias Definir, Documentar, Controlar la información del talento humano, gestionar programas de bienestar
7.	G). Apoyar y participar en los equipos de desarrollo curricular interdisciplinarios por programa o conjunto de programas por redes tecnológicas, para garantizar	No he sido llamado a ninguna reunión del Área de Talento humano.	

Scanned with CamScanner

	integralidad en la formulación de proyectos formativos, el diseño de actividades de aprendizaje, el diseño de talleres e ítems que alimentarán los bancos de pruebas para la selección de aprendices, entre otras.		
8.	H). Aplicar y hacer cumplir el reglamento del aprendiz, así como el manual de convivencia del Centro de Formación.	En Este mes no se realizaron llamados de atención	En este mes no se presentaron llamados de atención
9.	I). Apoyar al Centro de formación en la elaboración de documentos técnicos requeridos para los procesos de adquisición de materiales y/o equipos de formación.	No he sido llamado a ninguna reunión del Área de Talento humano	
10.	J). Apoyar la supervisión de contratos de procesos contractuales o proyectos especiales.	Aún no he sido convocado por el equipo de contratación para el desarrollo de esta actividad.	Aún no he sido convocado por el equipo de contratación para el desarrollo de esta actividad.
11.	K). Responder por los bienes y elementos puestos a su disposición para el cumplimiento del objeto contratado y una vez finalizado el contrato quedar a paz y salvo con el Almacén.	No asignados bienes y elementos.	
12.	L). Aplicar en las convocatorias de formación pedagógicas, formación de TIC'S, mejora de las competencias de las nuevas tecnologías, capacitaciones y actualizaciones en formación que el Centro establezca.	No he sido llamado a ninguna reunión del Área de Talento humano.	
13.	M). Aplicar al proceso de certificación de la norma de competencia "ORIENTAR PROCESOS FORMATIVOS CON BASE EN LOS PLANES DE FORMACION CONCERTADOS" 240201044 o la actualización "ORIENTAR FORMACION PRESENCIAL DE ACUERDO CON EL PROCEDIMIENTO TECNICO" Y NORMATIVO 240201056" y	Se realizó el proceso de certificación de competencia de la actualización "ORIENTAR FORMACIÓN PRESENCIAL DE ACUERDO CON PROCEDIMIENTO TECNICO Y NORMATIVO. 240201056	Se adjuntó certificado de aprobación de la competencia actualización "ORIENTAR FORMACIÓN PRESENCIAL DE ACUERDO CON PROCEDIMIENTO TECNICO Y

Scanned with CamScanner

INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

20.	lineamientos, cobertura y productos indicados por la Coordinación académica y Subdirección de Centro.	integral de acuerdo con la Planeación académica asignada con las fichas:	
21.	U). Las demás necesarias para el cabal cumplimiento del objeto contractual.	Se realiza el pago del sistema integrado de seguridad social.	Planilla de pago de E.P.S, A.F.P, y A.R.L. Mi planilla No.8339653178 correspondiente a Diciembre de 2019.

A continuación, relaciono los desplazamientos que realicéprevio a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamientopresenté 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 desplazamientosrealizados 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.*

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.8339653178aportes en Mi Planillacorrespondiente al mes deDiciembredel año 2019.

Evidencias en (7) folios.

Cordialmente,

ALIRIO UMAÑA VELÁSQUEZ
Contratista
C.C. No. 79348348

Recibí a satisfacción:

NELSON OCTAVIO GOMEZ BOTERO
Supervisor(a) Contrato No.094 de 2020
Subdirector de centro G02

Scanned with CamScanner

Sistema de Gestión de Calidad

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

DIAGRAMA DE GANTT MENSUAL

REGIONAL CUNDINAMARCA
PROGRAMA DE FORMACIÓN: ADMINISTRACIÓN
MUNICIPIO: SOACHA

CENTRO INDUSTRIAL Y DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA	
No. Ficha:	1803561
No. Contrato	094/2020

HORARIO:

L	M	M	J	V	S	D
				18:00 a 22:00		

INSTRUCTOR: ALIRIO UMAÑA VELASQUEZ

F02-9508-011718-06

No. Ficha	FECHA		COMPETENCIA /FASE DEL PROYECTO	HORARIO DE FORMACIÓN	LUGAR	No. HORAS EJECUTADAS EN EL MES	ENERO																																	
	INICIO	FINALIZA			AULA		M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
1803561	31-ene	05-abr	Ejecutar las acciones de Capacitación, desarrollo y Mantenimiento de Competencias Individuales y de Equipos de trabajo de acuerdo con el plan establecido.	18:00 A 22:00	UNIMINUTO	4																																			4
					TOTAL	4																																		

OBSERVACIONES

Total -4

FIRMA INSTRUCTOR _____

FIRMA COORDINADOR ACADEMICO _____

Scanned with CamScanner