

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A L		Código Regional	11
			Código Centro	940410
			Fecha Elaboración	Diciembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	89604-668360

DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:	YIDA KATERINNE CUY CRUZ	C.C.	52.789.459	IP/N° de contacto	0
Correo electrónico contratista:	ykcuy@misena.edu.co				
Régimen del IVA:	☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO	Es declarante de renta?	☐ NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000	☐ NO	Inducción SST	☐ SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	☐ SI
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta	489870012502
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		
Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas:	☐ N/A				
Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:	☐ N/A				
Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:	☐ N/A				

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° del contrato:	1337505/2020	N° Compromiso SIIF	15420		
Valor Total del Contrato	\$ 39.670.236	N ° Pago	11		
Saldo Anterior del Contrato	\$ 2.021.413	Periodo objeto de pago	Del	Al	Valor Bruto Pago
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 0	01/12/2020	16/12/2020	\$ 2.021.413,00	
		Comisiones	\$ 0,00		

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios	\$ 2.021.413	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%		
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 2.021.413	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.176.729				

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
	Diciembre	Noviembre	Valor Base retención en la fuente	1.176.729,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	-----	46988364	Valor Base retención en la fuente ICA	1.771.113,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 877.803	\$ 1.516.060	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 109.800	\$ 189.600	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 140.500	\$ 242.600	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
ARL	\$ 4.600	\$ 8.000	Reteica - 8299	17.109,00	0,966%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -			0,00	
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	\$ 202.141	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 569.712	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00	
Renta Exenta 25%	\$ 8.545.680	\$ 392.243	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		VALOR A PAGAR	\$ 2.004.304,00	

SON: DOS MILLONES CUATRO MIL TRESCIENTOS CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar Formación Profesional Integral a los aprendices según programación de fichas.
 Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de procesos formativos y/o productivos.
 Actualizar contenidos y tecnologías en las diversas competencias del programa de formación.
 Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo

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.	YIDA KATERINNE CUY CRUZ 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, ROBERTO MARTINEZ CASTRO 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

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52789459	YIDA KATERINNE CUY CRUZ		CL 77 sur 81 H 20 To 26 Apto 404	3041224	psicoyida@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-11	2020-11	I	07/12/2020	46988364	\$440.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	189.600	0		0		0	0	0	0	189.600	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	242.600	0	0	0	0	0	0		242.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	8.000				8.000	0	0	8.000			80	8.000	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

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	189.600	189.600
Pensión	1	242.600	242.600
Riesgos Laborales	1	8.000	8.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.200	440.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52789459	YIDA KATERINNE CUY CRUZ		CL 77 sur 81 H 20 To 26 Apto 404	3041224	psicoyida@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2020-11	2020-11	I	07/12/2020	46988364	TOTAL A PAGAR \$440.200

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																		
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjugo	Extemporáneo	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SUN	ROE	UNA	UNA	VAC	AVP	VCT	RL	CONSECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	52789459	CUY CRUZ YIDA KATERINNE	59	0			N																		230301	1.516.060	242.600	0	0	0	0	EPS008	1.516.060	189.600	14-23	1.516.060	1	8.000		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 14 de Diciembre de 2020

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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.	1016954719	GABRIELA ORTEGA CUY	HIJO
T.I	1016958463	JUAN FELIPE ORTEGA CUY	HIJO
R.C	1016960876	JOSUE ORTEGA CUY	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: YIDA KATERINNE CUY CRUZ

C.C. 52.789.459 DE BOGOTÁ

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.016.954.719**

ORTEGA CUY

APELLIDOS

GABRIELA

NOMBRES

09611219 ORTEGA

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO

02-NOV-2008

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

02-NOV-2026

FECHA DE VENCIMIENTO

O+

G S RH

F

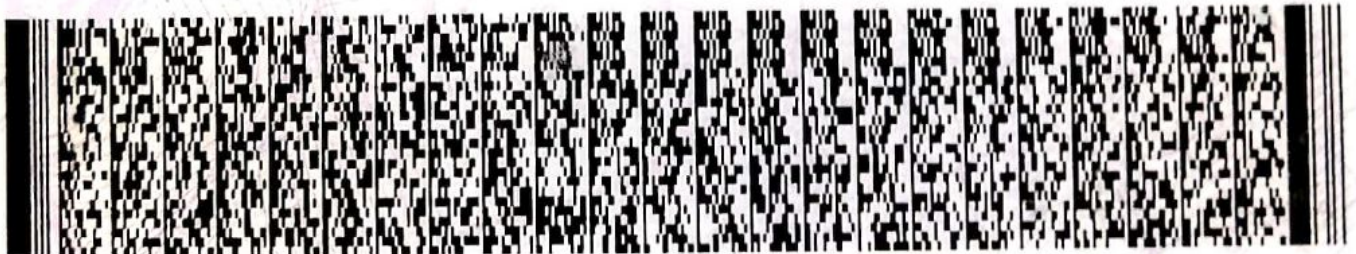
SEXO

30-DIC-2015 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GARCIA VARGAS



P-1500150-00790112-F-1016954719-20160217

0048431446A 1

1273735128



FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

09-AGO-2011

LUGAR DE NACIMIENTO
09-AGO-2029

O-

M

FECHA DE VENCIMIENTO

G S RH

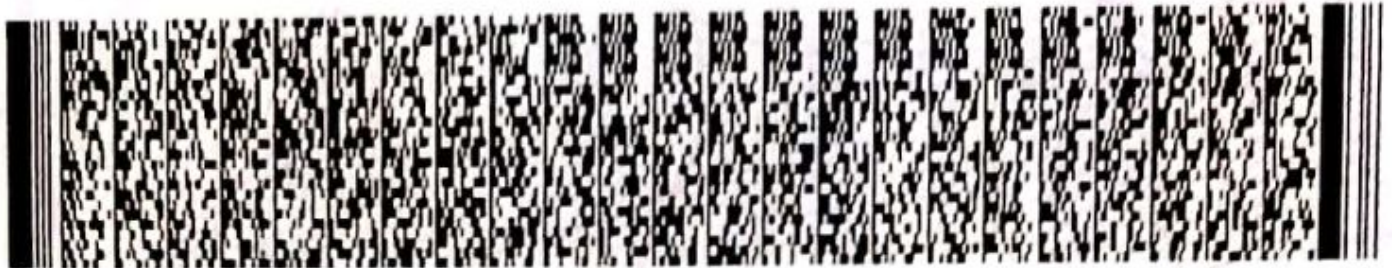
SEXO

23-AGO-2018 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VAQUIA

INDICE DERECHO



P-1500150-01042299-M-1016958463-20181025

0062829817A 1

2195104647

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.016.958.463**

ORTEGA CUY

APELLIDOS

JUAN FELIPE

NOMBRES

Juan Felipe

FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52871353

NUIP

1010960876

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☐	Número ☐	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía						A 4
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ						

Datos del inscrito

Primer Apellido		Segundo Apellido	
ORTEGA		CUI	
Nombre(s)			
JOSUE			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año	Mes	Día	Factor RH
2013	OCT	16	Masculino
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)			
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

12362877 2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
CUI CRUZ YIDA KATERINNE	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO 52789459	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
ORTEGA ZULUAGA ANDRES FELIPE	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO 1028553452	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
ORTEGA ZULUAGA ANDRES FELIPE	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO 1028553452	

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 2013 Mes OCT Día 7

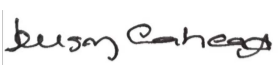
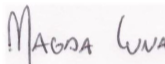
RUBEN DARIO ACOSTA GONZALEZ

Nombre y firma

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

	<p align="center">SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA</p> <p align="center">ENTREGA DE BIENES E INFORMACIÓN DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL</p> <p align="center">POR EL CONTRATISTA</p>	LUGAR: CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA
		FECHA: 2020-12-07
		REGIONAL: DISTRITO CAPITAL

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:		IDENTIFICACIÓN
YIDA KATERINNE CUY CRUZ		C.C. No 52.789.459
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO: CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA REGIONAL DISTRITO CAPITAL SENA (AV CARACAS # 13-80)		
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO: CO1.PCCNTR.1337505 DEL 3 DE FEBRERO DE 2020		
CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO		
LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO ☐	CESIÓN ☐	LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO ☐ TERMINACIÓN UNILATERAL ☐

DEPENDENCIA SENA	Marcar con X	RESPONSABLES	
		NOMBRES	FIRMA
GESTIÓN DE TIC	☐		
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	☐		
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL	☒	ROBERTO MARTINEZ CASTRO	
ALMACÉN E INVENTARIOS	☒	LUIS SANTIAGO PINTO OLAYA	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)	☒	LUIS SANTIAGO PINTO OLAYA	
CONTABILIDAD	☒	JOHAN ORVAIS MORENO PACHON	
TESORERIA	☐	DEISY ASTRID CABRERA AHUMADA	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA	☒	ROBERTO MARTINEZ CASTRO	
BIBLIOTECA	☒	MAGDA ELICETH LUNA AVILA	
OTRO	☐		
OTRO	☐		
SUPERVISOR DE CONTRATO	☒	ROBERTO MARTINEZ CASTRO	

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)
OTROS: _____

<div align="right">  _____ Firma del Contratista </div>
--



**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN
CONTRATACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**

CONTRATO No. CO1.PCCNTR.1337505 de 2020

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Yida Katerinne Cuy Cruz

IDENTIFICACION DEL CONTRATISTA: Cedula de Ciudadanía N. 52789459 de Bogotá

OBJETO DEL CONTRATO 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 Información, del Centro de Gestión Administrativa, Subsede y Organizaciones, así como las actividades de capacitación o de auditoria en el sistema integrado de gestión de calidad, para Orientar, Participar, Formular, Ejecutar, Seguir, Controlar, Planes, Programas y Proyectos desarrollando Competencias de la Formación Profesional Integral para dar respuesta a la política Institucional entre otros el Proceso de Calidad y Mejoramiento Continuo y demanda de la población; en las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana.

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: OBLIGACIONES ESPECÍFICAS: 1) Atender la formación de aprendices en el área específica del respectivo programa de formación, en las fases o Competencias establecidas y programadas. 2) Orientar y apoyar a los aprendices en el desarrollo de proyectos formativos y/o productivos en las respectivas etapas de formación. 3) Garantizar la actualización de los contenidos y tecnologías, de las fases o Competencias en las cuales se desarrolla la formación de los aprendices. 4) Así mismo, de acuerdo con el área de desempeño para la cual fue seleccionado deberá orientar la formación, para desarrollar en los aprendices las competencias del programa. 5) Aplicar durante el periodo de duración del contrato, al proceso de certificación de competencias según normas de competencias que aplica a la función Instructor, así como a los procesos, que el SENA adelante para certificar habilidades pedagógicas. 6) Cumplimiento oportuno con las entregas de los distintos formatos y documentos requeridos en el proceso administrativo. 7) Cumplimiento del manual, estándares y lineamientos vigentes para la orientación de procesos de formación a través de ambientes virtuales de aprendizaje. 8) Adicionalmente, para los instructores de Formación Virtual en todos los niveles, se requiere "Cumplir la ejecución de la formación que se asigne para el acompañamiento de aprendices en Ambientes Virtuales de Aprendizaje SENA, según lo descrito en el instructivo para orientar el desempeño del instructor en Ambientes Virtuales de Aprendizaje SENA, entregado por el a Dirección de Formación Profesional"

LUGAR DE EJECUCIÓN: SENA Regional Distrito Capital CGA, Coordinación Jornada Madrugada



**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN
CONTRATACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**

PLAZO DE EJECUCIÓN: Diez (10) meses, trece (13) días

FECHA DE INICIACIÓN CONTRATO: **3 DE FEBRERO DE 2020**

(Día) (Mes) (Año)

FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO: **16 DE DICIEMBRE DE 2020**

(Día) (Mes) (Año)

VIGENCIA DEL CONTRATO: Diez (10) meses, trece (13) días

VALOR DEL CONTRATO: El valor total del presente contrato asciende a la suma de TREINTA Y NUEVE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS (\$39.670.236) COP

SUPERVISOR: ROBERTO MARTINEZ CASTRO

IDENTIFICACION DEL SUPERVISOR: C.C. N. 18.934.684

SUSPENSIONES Y AMPLIACIONES DE SUSPENSIÓN: SI ☐ NO ☒

ACTAS No.	TIEMPO	CAUSALES

BALANCE FINANCIERO:

Valor total del contrato	\$ 39.670.236
Valor Ejecutado	\$ 39.670.236
Saldo de pendiente de cancelar al contratista	\$0
Saldo a liberar	\$ 0

PRODUCTOS O ACTIVIDADES EJECUTADAS

Guías talleres, actividades en la plataforma virtual, estrategias didácticas activas.



**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN
CONTRATACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISIÓN SOBRE LOS PRODUCTOS O ACTIVIDADES EJECUTADAS

--

SANCIONES: SI___ NO X

CUMPLIMIENTO FRENTE A LA OBLIGACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: SI X NO___

GRADO DE SATISFACCIÓN: EXCELENTE__X BUENO___ REGULAR___ INSUFICIENTE___

Atentamente,

FIRMA SUPERVISOR DEL CONTRATO