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** | **90876-320195** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

**Nombres y apellidos contratista:** MARIA EUGENIA TIJARO GONZALEZ
**Correo electrónico contratista:** matijaro@misena.edu.co
**C.C.** 52.554.407 **IP/Nº de contacto** 3157543432

**Régimen del IVA:** NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **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 **Nº Cuenta** 20305840230

**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

**Nº del contrato:** 1326826/2020 **Nº Compromiso SIIF** **3520**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 40.049.251 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 2.021.413 | **12** | **Del** | **01/12/2020** | **Al** **16/12/2020** | **$ 2.021.413,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 0 | | Comisiones | | $ 0,00 | |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 2.021.413 | 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** | **$ 2.021.413** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.245.175** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | | **$ 0** |

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

| | Diciembre | Noviembre |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **47398641** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 877.803 | $ 1.516.060 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 109.800 | $ 189.600 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 140.500 | $ 242.600 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 4.600 | $ 8.000 |
| 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 | $ - | |
| Salud hasta $ 569.712 | $ 110.880 | |
| Renta Exenta 25% $ 8.545.680 | $ 415.058 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 1.245.175,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 1.771.113,00 | |
| 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 | 17.109,00 | 0,966% |
| - | 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** | **$ 2.004.304,00** | |

**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.

**MARIA EUGENIA TIJARO GONZALEZ**
**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,

**NURY PATRICIA MALDONADO ZARATE**
**INSTRUCTOR G20**

**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**

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52554407 | MARIA EUGENIA TIJARO GONZALEZ | CLL 71 B 96 35 IN 2 APTO 101 | 4600427 | genedreamer@gmail.com | |
| 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) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2020-11 | 2020-11 | I | 16/12/2020 | 47398641 | $447.000 | |

## 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 | 192.500 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 192.500 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 246.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 246.400 | 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 | 8.100 | | | | 8.100 | 0 | 0 | 8.100 | | | 81 | 8.100 | 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 | 192.500 | 192.500 |
| Pensión | 1 | 246.400 | 246.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 8.100 | 8.100 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 447.000 | 447.000 |

PAGADA 47398641

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52554407 | MARIA EUGENIA TIJARO GONZALEZ | CLL 71 B 96 35 IN 2 APTO 101 | 4600427 | genedreamer@gmail.com | |
| 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) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2020-11 | 2020-11 | I | 16/12/2020 | 47398641 | $447.000 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estudiante | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario 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 | 52554407 | TIJARO GONZALEZ MARIA EUGENIA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.540.000 | 246.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.540.000 | 192.500 | 14-23 | 1.540.000 | 1 | 8.100 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

compensar | salud
Plan Complementario

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

**CERTIFICA QUE**

El(la) señor(a) MARIA EUGENIA TIJARO GONZALEZ identificado(a) con cedula ciudadania No. 52554407, funcionario(a) de MARIA EUGENIA TIJARO GONZALEZ, tiene un contrato de PC ESPECIAL CON POS con COMPENSAR EPS, por el cual ha cancelado la suma de NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS ($997.920,00)

A continuación se relacionan los pagos efectuados desde el 20190401 a la fecha.

.

| Número de Recibo | Fecha de Pago | Valor Pagado |
|---|---|---|
| 12445892 | 20190414 | $ 83,160 |
| 12445893 | 20190506 | $ 83,160 |
| 12445894 | 20190619 | $ 83,160 |
| 12445895 | 20190721 | $ 83,160 |
| 12445896 | 20190907 | $ 83,160 |
| 12445897 | 20190907 | $ 83,160 |
| 12445898 | 20190926 | $ 83,200 |
| 12445899 | 20191010 | $ 83,120 |
| 12445900 | 20191231 | $ 83,160 |
| 12445901 | 20191231 | $ 83,160 |
| 12445902 | 20200210 | $ 83,160 |
| 12445903 | 20200329 | $ 83,160 |
| **Total** | | **$ 997,920** |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 19 días del mes de octubre de 2020.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención Servicios de Salud 444 1234.

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

compensar | salud
Plan Complementario

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO COMPENSAR

CER-PAS 12596611

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

compensar | salud
Plan Complementario

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

**CERTIFICA QUE**

El(la) señor(a) MARIA EUGENIA TIJARO GONZALEZ identificado(a) con cedula ciudadania No. 52554407, funcionario(a) de MARIA EUGENIA TIJARO GONZALEZ, tiene un contrato de PC ESPECIAL CON POS con COMPENSAR EPS, por el cual ha cancelado la suma de QUINIENTOS TREINTA Y DOS MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS ($532.350,00)

A continuación se relacionan los pagos efectuados desde el 20200401 a la fecha.

.

| Número de Recibo | Fecha de Pago | Valor Pagado |
|---|---|---|
| 13965166 | 20200410 | $ 88,725 |
| 13965167 | 20200514 | $ 88,725 |
| 13965168 | 20200608 | $ 88,725 |
| 13965169 | 20200701 | $ 88,725 |
| 13965170 | 20200912 | $ 88,725 |
| 13965171 | 20200912 | $ 88,725 |
| **Total** | | **$ 532,350** |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 19 días del mes de octubre de 2020.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención Servicios de Salud 444 1234.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO COMPENSAR

CER-PAS 12596615

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

compensar | salud
Plan Complementario

**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**

**COMPENSAR EPS**

**Nit. 860.066942-7**

**Certifica**

El(la) señor(a) MARIA EUGENIA TIJARO GONZALEZ identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 52554407, registra como contratante del Plan PC ESPECIAL CON POS con los siguientes afiliados:

| Nombre | Identificación | Parentesco | Estado | Plan | Valor Mensual |
|---|---|---|---|---|---|
| MARIA EUGENIA TIJARO GONZALEZ | 52554407 | TR | Vigente a la fecha | PC ESPECIAL | $ 88.725 |
| | | | | **Total Mensual Grupo Familiar** | **$ 88.725** |

- Valor Mensual Incluye IVA del 5%

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 19 días del mes de octubre de 2020.

**Observaciones:**

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención Servicios de Salud 444 1234.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-PAS 12575357

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

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

---

**CONTRATO No.** CO1.PCCNTR.1326826 30 de enero de 2020

**NOMBRE DEL CONTRATISTA: MARIA EUGENIA TIJARO GONZALEZ**

**IDENTIFICACION DEL CONTRATISTA**: .CC 52554407 Bogotá D.C

**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 auditoría 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:**

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 competencia que aplica a la función instructor, así como los procesos, que el SENA adelanta 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 y estándares y lineamentos vigentes para la orientación de procesos de formación a través de ambiente virtuales de aprendizaje. 8) Adicionalmente, para instructores de Formación Virtual en todos los niveles, se requiere "Cumplir la ejecución de la

formación que se asigne para el acompañamiento de los aprendices en Ambiente Virtuales de Aprendizaje SENA, según lo descrito en el instructivo para orientar el desempeño del instructor en Ambiente Virtuales de Aprendizaje SENA, entregado por la Dirección de Formación Profesional"

**LUGAR DE EJECUCIÓN**: Bogotá, Centro de Gestión Administrativa Distrito Capital.

**PLAZO DE EJECUCIÓN***:* Diez meses y once días (10 meses más 11 días) 16 de diciembre de 2020.

**FECHA DE INICIACIÓN CONTRATO**: 30 de enero de 2020.

**FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO**: 16 de diciembre de 2020

**VIGENCIA DEL CONTRATO**: Diez meses y once días (10 meses más 11 días)

**VALOR DEL CONTRATO**: $30.321.200 Adición 1 $3.916.488Adicion 2 $5.811.563 = $40.049.251

**SUPERVISOR:** Nury Patricia Maldonado Zarate.

**IDENTIFICACION DEL SUPERVISOR**: C.C 41.798.208

**SUSPENSIONES Y AMPLIACIONES DE SUSPENSIÓN: SI____ NO X**

| ACTAS No. | TIEMPO | CAUSALES |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

**BALANCE FINANCIERO:**

| | |
|---|---|
| Valor total del contrato | $40.049. 251 |
| Valor Ejecutado | $40.049. 251 |
| Saldo de pendiente de cancelar al contratista | $0. oo |
| Saldo a liberar | $0. oo |

**PRODUCTOS O ACTIVIDADES EJECUTADAS**

| |
|---|
| Impartí Formación Profesional Integral en las Competencias: |
| Ejecutar acciones de capacitación, mantenimiento y desarrollo de competencias individuales y de equipos de trabajo de acuerdo con el plan establecido. |
| Gestionar los programas de Bienestar de acuerdo con las normas vigentes y direccionamiento estratégico de la organización. |
| Ejecución del proyecto de formación Diseño de un modelo de gestión humana por competencias laborales con énfasis en bienestar social laboral para pequeñas y medianas empresas del Distrito Capital (ED TJUNTOS) |
| |

**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 __ BUENO_X_ REGULAR__ INSUFICIENTE__**

Atentamente,



**FIRMA SUPERVISOR DEL CONTRATO**

# SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
# ENTREGA DE BIENES E INFORMACIÓN DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL POR EL CONTRATISTA

LUGAR: **CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA**

FECHA: **2020-12-05**

REGIONAL: **DISTRITO CAPITAL**

| **NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:** | **IDENTIFICACIÓN** |
|---|---|
| **MARIA EUGENIA TIJARO GONZALEZ** | **C.C. No 52.554.407** |

**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.1326826 DEL 30 DE ENERO 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 | X | **NURY PATRICIA MALDONADO ZARATE** | |
| ALMACÉN E INVENTARIOS | X | **LUIS SANTIAGO PINTO OLAYA** | |
| SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación) | X | **LUIS SANTIAGO PINTO OLAYA** | |
| CONTABILIDAD | X | **JOHAN ORVAIS MORENO PACHON** | |
| TESORERIA | X | **DEISY ASTRID CABRERA AHUMADA** X | |
| COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA | X | **NURY PATRICIA MALDONADO ZARATE** | |
| BIBLIOTECA | X | **MAGDA ELICETH LUNA AVILA** | |
| OTRO | | | |
| OTRO | | | |
| SUPERVISOR DE CONTRATO | X | **NURY PATRICIA MALDONADO ZARATE** | |

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

OTROS : _____

**MARIA EUGENIA TIJARO GONZALEZ**

Firma del Contratista