SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO INDUSTRIAL DE MANTENIMIENTO INTEGRAL-SANTANDER

Código Regional	68
Código Centro	922410
Fecha Elaboración	24 de febrero de 2020
Versión	ENERO 2020 - 1,20

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	GUSTAVO ALONSO VILLAMIZAR ORTIZ g.villamizar@misena.edu.co	C.C.	88.030.156	IP/Nº de contacto	3202115027
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 ?	NO
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	46770088360
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

Nº del contrato:	1370392/2020			Nº Compromiso SIIF	11520	
Valor Total del Contrato	$ 36.740.000	N ° Pago	Periodo objeto de pago			Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 36.740.000	1	Del 13/02/2020	Al	29/02/2020	$ 2.204.400,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 34.535.600		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.204.400	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	$ 2.204.400	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 1.464.750	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	$ 0

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	9402822032
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 881.760	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 110.300	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 141.100	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL III	$ 21.500	$ 0
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	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 488.250	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.464.750,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	1.953.000,00	
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 - 8530	11.718,00	0,600%
-	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	**$ 2.192.682,00**	

SON: DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Apoyo en Gestión documental para el Colegio Villas de San Juan Ficha 2057187
Apoyo en Gestión documental para el Colegio Comuneros Ficha 2057200
Apoyo en Gestión documental para el Colegio Buena Esperanza Ficha 2062747
Apoyo en Gestión documental para el Colegio Galan Ficha 2057302

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.

GUSTAVO ALONSO VILLAMIZAR ORTIZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACIÓN 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,

SANTIAGO LOZADA GARCES
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

ELLA JOHANNA MENDOZA PEDRAZA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02 (E)

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Un compromiso de Todos.

Hace constar:

Que el Sr(a) GUSTAVO ALONSO VILLAMIZAR ORTIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 88030156 realizó el día 20/02/2020 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General - SENA

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 88030156		VILLAMIZAR ORTIZ GUSTAVO ALONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 21A 105-20 TRR 3 APTO 102	BUCARAMANGA-SANTANDER	6952883	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-01	2020-01	9402822032	9402822032	I	2020/02/13	2020/02/12	BANCO BOGOTA	0	$254,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$4,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$4,600		$0	$0
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$4,600		$0	$0
1	CC 88030156	VILLAMIZAR GUSTAVO	230201	30	$877,803	$140,500	EPS017	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-23	30	$877,803	$4,600	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$4,600		$0	$0

2020/02/11 03:55 PM

PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Bucaramanga, 24 de febrero de 2020

Señor
SANTIAGO LOZADA GARCES
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. **CO1.PCCNTR.1370392**
Cordinador académico articulación con la media y poblaciones especiales
Centro Industrial de Mantenimiento Integral
Ciudad

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual de Febrero del año 2020

Referencia: No. CO1.PCCNTR.1370392 del año 2020

GUSTAVO ALONSO VILLAMIZAR ORTIZ, identificada con la cédula de ciudadanía **No. 88.030.156** de **Pamplona**, en mi calidad de Contratista del SENA – Centro Industrial de Manteniento Integral, en **Prosesional Supervisión de Contratos**, 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 Se fija como valor total para el contrato la suma de TREINTA Y SEIS MILLONES SETECIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE ($36.740.000). Esta suma será pagada por el Sena al contratista de la siguiente manera: a) un primer pago correspondiente al mes de febrero de 2020 por valor de DOS MILLONES DOSCIENTOS CUATRO MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CE **($2.204.400)**;. B) nueve (9) pagos iguales por los meses de marzo a noviembre de 2020, por valor DE TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE. (**$3.674.000 cada uno**), C) Un pago final proporcional correspondiente a los días ejecutados durante el mes de diciembre de 2020, por valor de UN MILLON CUATROCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS PESOS M/CE **($1.469.600**). Los Honorarios serán pagados por el SENA al contratista de acuerdo al cronograma definido por la dirección Administrativa y Financiera de la Dirección general, en la cuenta de ahorros Nro. 46770088360 de DAVIVIENDA, cuyo titular es el contratista.

Plazo: Diez (10) meses, sin exceder el 16 de diciembre de 2020, contando a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.

OBJETO:
Prestar los servicios profesionales de carácter temporal para impartir formación titulada y complementaria en el Programa de Articulación con la Media, en la Red de Conocimiento de Informática, Diseño y Desarrollo de Software, Área Temática Infraestructura, en el Centro Industrial de Mantenimiento Integral, vigencia 2020

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

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1.	Participar en la planeación de los procesos formativos de acuerdo con los lineamientos nstitucionales, para el área temática del objeto contractual.	NO SE HA REALIZADO ACTIVIDAD DURANTE ESTE MES	N.A.
2.	Participar cuando el centro de formación lo requiera, en jornadas de diseño y desarrollo curricular de programas de Formación Profesional Integral, conforme a las necesidades nacionales y a los lineamientos institucionales requeridos para el área temática objeto del contrato..	NO SE HA REALIZADO ACTIVIDAD DURANTE ESTE MES	N.A.
3.	Evaluar los aprendizajes previos correspondientes a las fichas asignadas, de acuerdo con los procedimientos, plazos y herramientas tecnológicas que la entidad defina.	NO SE HA REALIZADO ACTIVIDAD DURANTE ESTE MES	N.A.
4.	Ejecutar la formación profesional integral de acuerdo con el currículo, desarrollo curricular y proyecto formativo de los programas del área temática objeto del contrato.	NO SE HA REALIZADO ACTIVIDAD DURANTE ESTE MES	N.A.
5.	Aplicar según la modalidad, estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación de acuerdo a los lineamientos pedagógicos y metodológicos de la entidad.	NO SE HA REALIZADO ACTIVIDAD DURANTE ESTE MES	N.A.
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.	NO SE HA REALIZADO ACTIVIDAD DURANTE ESTE MES	N.A.
7.	Emitir juicio valorativo sobre el nivel de cumplimiento de los resultados de aprendizajes de las competencias del programa,	NO SE HA REALIZADO ACTIVIDAD DURANTE ESTE MES	N.A.

	adquiridos por los aprendices en el desarrollo de su formación, aplicando los procedimientos,plazos y herramientas tecnológicas que la entidad defina.		
8.	Entregar 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, cuando ejecute formación complementaria.	NO SE HA REALIZADO ACTIVIDAD DURANTE ESTE MES	N.A.
9.	Registrar, verificar y hacer seguimiento oportuno en el sistema de información que la entidad defina para la Gestión de la Formación Profesional Integral mediante las siguientes actividades: a). Verificando que la totalidad de los aprendices seleccionados y matriculados queden en ese estado. b). Registrando juicios evaluativos del reconocimiento de aprendizajes previos, los juicios evaluativos, rutas de aprendizaje, para los beneficiarios nuevos, reintegrados o trasladados. e). Comunicando al Coordinador Académico oportunamente anomalías, inconsistencias, novedades de aprendices y hallazgos en el registro de la información.	Acompañamiento en gestión documental de: F2062747 - IE_Buena Esperanza F2057200 – Comuneros, F2057302 IE Galan, F2057197 IE Villas_San_Juan	Reporte de Matricula de aprendices de las diferentes fichas en las cuales se realizo el proceso, junto con los soportes de documentos de identidad https://drive.google.com/open?id=1O7AO8Q5dRTRzKCvjEok_4y0KjZLcAxNT
10.	Participar cuando el centro lo requiera en el proceso de selección, diseño de talleres e instrumentos que alimenten los bancos de pruebas para la selección de aprendices.	NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL MES	N.A.

11.	Aplicar y hacer cumplir el reglamento del aprendiz, así como el manual de convivencia del Centro de Formación.	NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL MES	N.A.
12.	Apoyar procesos de Registro calificado para los programas en nivel tecnólogo del área temática objeto del presente contrato, cuando el centro lo requiera.	NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL MES	N.A.
13.	Acatar los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión y el Sistema de Seguridad de Salud en el Trabajo y asistir a las convocatorias que el centro programa.	Se realizo el proceso de induccion de SST y modulo 1 de generalidad	Soportes en Drive https://drive.google.com/open?id=1YewXflejl7hSuFvsIbcUPTigP_1TX6DY
14.	Apoyar al centro de formación cuando este lo requiera, en la promoción del portafolio de servicios.	NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL MES	N.A.
15.	Realizar seguimiento en la etapa productiva a los a los aprendices que le sean asignados, cuando el centro de formación lo requiera.	NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL MES	N.A.
16.	Responder por los bienes y elementos puestos a su disposición para el cumplimiento del objeto del contrato y una vez finalizado, quedar a paz y salvo con el Almacén.	NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL MES	N.A.
17.	Aplicar al proceso de certificación de la norma de competencia "ORIENTAR PROCESOS FORMATIVOS CON BASE EN LOS PLANES DE FORMACIÓN CONCERTADOS,o la actualización. "ORIENTAR FORMACIÓN PRESENCIAL DE ACUERDO CON PROCEDIMIENTO TÉCNICO Y NORMATIVO" o en su defecto deberá aplicar al proceso de certificación de la norma y aportar el respectivo certificado	NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL MES	N.A.

	de aprobación, o la evidencia de la inscripción efectiva a mismo,al informe de ejecución contractual, con plazo máximo a julio 31 de 2020.		
18.	Acompañar a los aprendices a las actividades que se encuentren planeadas por el equipo de Bienestar al Aprendiz.	NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL MES	N.A.
19.	Apoyar y acompañar los procesos de autoevaluación de programas de formación en nivel tecnólogo del Centro de Formación.	NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL MES	N.A.
20.	Orientar, desarrollar y apoyar procesos de aprendizaje en cualquiera de las estrategias de respuesta institucional para los diferentes grupos poblacionales objeto de Formación Profesional Integral.	NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL MES	N.A.
21.	Participar en las labores de montaje y puesta en marcha de equipos y maquinaria utilizados en la Formación Profesional Integral.	NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL MES	N.A.
22.	Orientar a las instituciones educativas en el proceso de registro de sus estudiantes en el aplicativo SOFIA PLUS.	F2062747 -IE_Buena Esperanza F2057200 – Comuneros, F2057302 IE Galan, F2057197 IE Villas_San_Juan	Soportes en Drive https://drive.google.com/open?id=12uB8v5XUyge2aOrVYaV8fg_NFKdx2amq
23.	Asistir y participar activamente en las reuniones programadas por la(s) red(es) de conocimiento propias del Centro de Formación a las cuales sea invitado.	NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL MES	N.A.
24.	Participar en reuniones y/o transferencias técnicas y/o pedagógicas.	NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL MES	N.A.
25.	Impartir formación titulada y complementaria en modalidad presencial de acuerdo a las necesidades del Centro de Formación.	NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL MES	N.A.

26.	Participar en las actividades de capacitación y/o auditoría para el Sistema Integrado de Gestión del SENA que acuerden las partes.	NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL MES	N.A.
27.	Participar en las actividades de inducciónyreinducción que sean requeridas por el centro de formación.	NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL MES	N.A.
28.	Realizar técnicamente cuando sea requerido por la Entidad, la identificación, estructuración y definición de las especificaciones técnicas de los bienes y servicios necesarios para el cumplimiento de la misión institucional y apoyar la planeación de los procesos contractuales de la Entidad.	NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL MES	N.A.
29.	Realizar cuando sea requerido por la Entidad la verificación y evaluación técnica o económica de las propuestas que se reciban dentro de los procesos de contratación de la Entidad.	NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL MES	N.A.
30.	En aplicación de la Ley 1474 de 2011, realizar cuando sea requerido por la entidad el apoyo a la Supervisión de los contratos que celebre el SENA, de acuerdo con el Manual de Supervisión del SENA vigente.	NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL MES	N.A.
31.	Atender oportunamente los requerimientos que haga el supervisor del contrato y presentar informes mensuales de la ejecución del contrato.	Informe mensual de ejecución formato GTH-F062 V06	Informe de supervisor https://drive.google.com/open?id=12uB8v5XUyge2aOrVYaV8fg_NFKdx2amq
32.	Las demás necesarias para el cabal cumplimiento del objeto contractual.	NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL MES	N.A.

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.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

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 9402822032, Aportes en Linea del mes de enero.

Evidencias en ( ) folios

Cordialmente,

GUSTAVO ALONSO VILLAMIZAR ORTIZ
Contratista
C.C. No. 88.030.156 de Pamplona

Recibí a satisfacción:

SANTIAGO LOZADA GARCES
Supervisor Contrato No. CO1.PCCNTR.1370392
Cordinador académico articulación con la media y poblaciones especiales

TIEMPO ACT. APOYO A LA FORMACION

INSTRUCTOR: GUSTAVO ALONSO VILLAMIZAR ORTIZ

CENTRO DE FORMACIÓN: CENTRO INDUSTRIAL DE MANTENIMIENTO INTEGRAL

FECHA INICIAL: 01/02/2020 00:00:00

FECHA FINAL: 29/02/2020 23:59:59

ACTIVIDADES ACADÉMICAS

TOTAL HORAS ACTIVIDADES ACADÉMICAS: 0,00

EVENTOS DE DIVULGACIÓN TECNOLÓGICA - EDT´s

FICHA	FECHA INICIO	FECHA FINAL	EVENTO	HORAS

TOTAL TIEMPO EDT´s: 0,00

ACTIVIDADES ADICIONALES

FECHA INICIAL	FECHA FINAL	ACTIVIDAD	HORAS
13/02/2020	24/02/2020	OTROS	12,00
13/02/2020	24/02/2020	OTROS	12,00
13/02/2020	24/02/2020	OTROS	12,00

TOTAL ACTIVIDADES ADICIONALES: 36,00

INSTRUCTOR: GUSTAVO ALONSO VILLAMIZAR ORTIZ

CENTRO DE FORMACIÓN: CENTRO INDUSTRIAL DE MANTENIMIENTO INTEGRAL

Centro Industrial de Mantenimiento Integral

FORMATO HORAS APLICADAS A LA FORMACIÓN U OTRAS ACTIVIDADES

Versión: 07

NOMBRE DEL INSTRUCTOR : Gustavo Alonso Villamizar Ortiz

No. DE IDENTIFICACIÓN: 88030156

FECHA INICIO REPORTE: 13-02-2020

FECHA FINALIZACIÓN DEL REPORTE: 29-2-2020

FECHA	HORA INCIO	HORA FINALIZACION	No HORAS	ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE U OTRAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS	No FICHA (Cuando aplique)	No CEDULA APRENDIZ Ó PERSONA QUE AUTORIZA LA ACTIVIDAD	NOMBRE DEL APRENDIZ Ó PERSONA QUE AUTORIZA LA ACTIVIDAD	FIRMA APRENDIZ O PERSONA QUE AUTORIZA LA ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
17-2-2020	8:00	12:00	4	Proceso matricula	2062747	17856210	Santiago Lozada		
18-2-2020	8:00	12:00	4	Proceso matricula	2057200	17856210	Santiago Lozada		
19-2-2020	8:00	12:00	4	Proceso matricula	2057302	17856210	Santiago Lozada		
20-2-2020	8:00	12:00	4	Proceso matricula	2057187	17856210	Santiago Lozada		
17-2-2020	2:00	6:00	4	Proceso matricula	2057200	17856210	Santiago Lozada		
20-2-2020	2:00	6:00	4	Proceso matricula	2057302	17856210	Santiago Lozada		
21-2-2020	8:00	12:00	4	Proceso matricula	2062747	17856210	Santiago Lozada		
24-2-2020	8:00	12:00	4	Proceso matricula	2057187	17856210	Santiago Lozada		
			36						

TOTAL HORAS

Nota: El número de documento, nombres y firmas, se deben registrar por fila, no se admiten firmas o datos cruzados.

FIRMA COORDINADOR ACADEMICO

FIRMA INSTRUCTOR

Bucaramanga, febrero 24 de 2020

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
La Ciudad

Asunto: Información solicitada por el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013

Dando cumplimiento a lo establecido con el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013, y como persona actualmente residente en Colombia que durante el año calendario actual les estará cobrando rentas de trabajo (salarios, u honorarios, o comisiones, o servicios personales, o emolumentos eclesiásticos, etc.), suministro a ustedes la siguiente información para efectos de que ustedes mismos definan el valor de la retención en la fuente que se ha de aplicar a los valores a mi favor por concepto de rentas de trabajo :

a. Durante el año gravable 2019, el 80% o más de mis ingresos brutos **SI** provinieron la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
b. Durante el año gravable 2019, el 80% o más de mis ingresos brutos **NO** provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieren la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
c. Por el año gravable 2019, soy una persona natural que **NO** quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano"
d. Por el año gravable 2019, soy una persona natural que **NO** obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.500 UVT ($51.405.000)
e. Por el año gravable 2019, **NO** desarrollé una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario y si la desarrollé no representó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
f. Por el año gravable 2019, **NO** presté servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.

En constancia de lo anterior, firmo en Girón, a los treinta y un (24) días del mes de febrero de 2020.

Gustavo Alonso Villamizar Ortiz

C.C. 88.030.156 de Pamplona

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Un compromiso de Todos

Hace constar:

Que el Sr(a) GUSTAVO ALONSO VILLAMIZAR ORTIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 88030156 realizó el día 19/02/2020 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 GUSTAVO ALONSO VILLAMIZAR ORTIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 88030156 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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

Modelo Único de Ingreso, Solidario y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14415859542

(415)7707212489984(8020) 000001441585954 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 8 0 3 0 1 5 6	9	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	4	

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 1 3	8 8 0 3 0 1 5 6	1 9 9 8 0 1 3 1

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Norte de Santander 5 4	Pamplona 5 1 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VILLAMIZAR	ORTIZ	GUSTAVO	ALONSO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

41. Dirección principal

CR 21 A 105 20 TO 3 AP 102 BRR PROVENZA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
gusvilla@gmail.com	0	3 2 0 2 1 1 5 0 2 7	

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
8 5 4 2	2 0 1 0 0 5 0 3	6 2 0 1	2 0 0 5 0 6 3 0	6 2 0 2			

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:	1	2	2	2																						

12- Ventas régimen simplificado

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 X NO

60. No. de Folios: 1

61. Fecha: 2 0 1 7 0 5 2 2

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: GOMEZ HILARION GERMAN ANDRES

985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 28-01-2019 06:02:53PM

HISESA SAS
NIT: 900960281-6
Cel. 316 4659757 - 317 403 3518 Tel. 6431745
E-mail: ventas@hisesa.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 2.799

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	02 MES	2020 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES	PARTICULARES
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

VILLAMIZAR ORTIZ GUSTAVO ALONSO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	40	CC	88030156
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo			
INSTRUCTOR	FAMISANAR	PROTECCION	POSITIVA
	EPS	AFP	ARL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) **N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN DE OPTOMETRIA OCUPACIONAL	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
EXAMEN AUDIOMETRIA OCUPACIONAL	PERFIL LIPÍDICO
GLICEMIA	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		NO FUMAR
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Leonardo Higuera D.
Médico Ocupacional
RM 2329/05 LIC. 12485
Mgr Biomecánica Clínica UPV

Firma:

Nombre: HIGUERA DUARTE EDGAR LEONARDO

R. M.: 2329/2005 **L.S.O.:** 012485

Código de Seguridad
K101Q1W2799

Aspirante o Trabajador

Firma:



Nombre: VILLAMIZAR ORTIZ GUSTAVO ALONSO

CC: 88030156

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que GUSTAVO ALONSO VILLAMIZAR ORTIZ, con Cédula Ciudadanía No. 88030156 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 13/02/2020 y fecha fin de contrato 12/12/2020 con riesgo 3 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001000506188.

Dada en Bogotá, a los 12 días del mes de febrero de 2020

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BUCARAMANGA, **10/02/2020**
SANTANDER,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor GUSTAVO ALONSO VILLAMIZAR ORTIZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **88030156**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570046770088360**
Fecha de apertura	**22/03/2017**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4005891454

PÓLIZA No: 400 - 47 - 994000068771 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: CABECERA COD. AGENCIA: 400 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

FECHA DE EXPEDICIÓN			FECHA DE IMPRESIÓN		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
13	02	2020	13	02	2020

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: GUSTAVO ALONSO VILLAMIZAR ORTIZ IDENTIFICACIÓN: CC 88.030.156

DIRECCIÓN: KR 21 A 105 20 TO 3 APTO 102 CIUDAD: BUCARAMANGA, SANTANDER TELÉFONO: 3202115027

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA IDENTIFICACIÓN: NIT 899.999.034-1

BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA IDENTIFICACIÓN: NIT 899.999.034-1

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
ORDEN DE SERVICIO CUMPLIMIENTO	13/02/2020	12/04/2021	3,674,000.00

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS:

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DEL CONTRATO No CO1PCCNTR 1370392 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA EN EL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA MEDIA, EN LA RED DE CONOCIMIENTO DE INFORMÁTICA, DISEÑO Y DESARROLLO DE SOFTWARE, ÁREA TEMÁTICA INFRAESTRUCTURA, EN EL CENTRO INDUSTRIAL DE MANTENIMIENTO INTEGRAL, VIGENCIA 2020.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *****3,674,000.00	$ **********17,072	$*****9,000.00	$ ********4,954	$ **********31,025

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
EDDY SOLANGE ACUÑA VARGAS	9619	100.00			

Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a consultar la autenticidad de su póliza ingresando a la página ***www.solidaria.com.co*** servicios en línea, opción consulte su póliza de cumplimiento.

(415)7701861000019(8020)000000000007000400589145

FIRMA ASEGURADOR

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

CLIENTE

CAD8207D0706FD7A5A

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

RECIBO DE CAJA No. 400154018

Aseguradora Solidaria de Colombia

AGENCIA CABECERA	TRANSACCIÓN Nro. 400295609	FECHA DE RECAUDO 13/02/2020	TIPO PAGADOR ASEGURADO
NOMBRE PAGADOR VILLAMIZAR ORTIZ GUSTAVO ALONSO			C.C o NIT 88030156
TOMADOR PÓLIZA VILLAMIZAR ORTIZ GUSTAVO ALONSO			
DETALLE DE PAGO PAGO POLIZA DE CUMP. ENT. ESTATALES 994000068771 - NRO. ELECTRÓNICO 4005891454			
VALOR EN LETRAS (en Pesos) ** TREINTA Y UN MIL VEINTICINCO PESOS MONEDA CORRIENTE **			VALOR RECIBO $ 31,025.00
PAGO PÓLIZA DE CUMP. ENT. ESTATALES 994000068771 - ANEXO 0 AGENCIA CABECERA, TOMADOR PÓLIZA: CC-88030156 VILLAMIZAR ORTIZ GUSTAVO ALONSO. VALOR PAGADO $ 31,025.11 RELACIONADO CON EL NRO. DE RECIBO 400295609			

FIRMA RECIBIDO PAGO

RECIBO GENERADO POR: ACUÑA VARGAS EDDY SOLANGE