SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)**
**REGIONAL ANTIOQUIA**
**CENTRO DE LA INNOVACIÓN, LA AGROINDUSTRIA Y EL TURISMO - ANTIOQUIA**
**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**
**Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **5** |
| **Código Centro** | **950310** |
| **Fecha Elaboración** | **Diciembre de 2021** |
| **Versión** | **JUNIO 2021 - 3,21** |
| **ID de Proceso** | **37587-936529** |
| **No. de documento** | **272477** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | RAFAEL CELIS GALEANO | **C.C.** | 79.989.888 | **IP/Nº de contacto** | 3014706085 |
| **Correo electrónico contratista:** | rcelis8@misena.edu.co | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Pertenece al régimen simple de tributación?** | NO | **Es declarante de renta?** | SI | **Es Pensionado?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000** | NO | **Inducción SST** | SI | **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** | | SI | |
| **Banco al cual consignar:** | BANCOLOMBIA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 43087230849 | |
| **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 2021 supera los $ 119´806.000** | | NO | | | |

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 2184468/2021 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **4821** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 42.250.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 10.521.875 | **10** | **Del** | **01/10/2021** | **Al** | **31/10/2021** | **$ 3.900.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 6.621.875 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 88.000,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

IPRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y/O NO PRESENCIAL PRESENCIAL, EN EL PROGRAMA ARTICULACIÓN CON LA EDUCACIÓN MEDIA, EN EL CENTRO DE LA INNOVACIÓN, LA AGROINDUSTRIA Y LA AVIACIÓN.

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.900.000 | | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | 0,00% |
| | | | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 3.900.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.299.050** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Octubre | Setiembre | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **7810011515** | Valor Base retención en la fuente | 2.299.050,00 | TARIFA |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.560.000 | $ 1.560.000 | Valor Base retención en la fuente ICA | 3.455.400,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 195.000 | $ 195.000 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 249.600 | $ 249.600 | 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 I | $ 8.200 | $ 8.200 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | | Reteica - 8560 | 31.200,00 | 0,800% |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC | $ - | | - | 0,00 | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064 | $ - | | - | 0,00 | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800 | $ - | | - | 0,00 | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | | Jaime Isaza Cadavid | 15.600,00 | 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 $ 1.161.856 | $ 390.000 | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta $ 580.928 | $ - | | | | |
| Renta Exenta 25% $ 8.713.920 | $ 766.350 | | Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| | | | **VALOR A PAGAR** | **$ 3.853.200,00** | |

**SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

**DE CONFORMIDAD CON EL ANEXO INFORME DE ACTIVIDADES PARA EL MES DE FEBRERO QUE REPOSA EN EL EXPEDIENTE DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES NO.2184468**

**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.



**RAFAEL CELIS GALEANO**
**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,

**ELKIN MAURICIO PELAEZ BLANDON**
**INSTRUCTOR G11**

**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**

**ANTONIO LONDONO JORGE**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 79989888 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | RAFAEL CELIS GALEANO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MEDELLIN | DEPARTAMENTO: | ANTIOQUIA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 9 S 79 C 115 | TELÉFONO: | 4196254 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | **7810011515** | TIPO DE PLANILLA: | | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | septiembre | AÑO 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | septiembre | AÑO | 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2021/10/04 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | | 1152706065 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 249.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 249.600 | $ 0 | $ 249.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 249.600** | **$ 0** | **$ 249.600** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS016 | EPS016-COOMEVA S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 195.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 195.000 | $ 0 | $ 0 | $ 195.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 195.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 195.000** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 16.300 | $ 16.300 | $ 0 | $ 0 | $ 16.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 16.300** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 16.300** |

**TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF04 | CCF04-CCF DE ANTIOQUIA | 1 | $ 9.400 | $ 0 | $ 9.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 9.400** | **$ 0** | **$ 9.400** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | CC 79989888 | CELIS GALEANO RAFAEL | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.560.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.560.000 | $ 249.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 249.600 | EPS016-COOMEVA S.A. | 30 | $ 1.560.000 | $ 195.000 | $ 0 | $ 195.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.560.000 | 79989888 | $ 16.300 | 30 | $ 1.560.000 | SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA | $ 9.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 470.300 |
|---|---|

# Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País

| | | |
|---|---|---|
| Usuario que Genera Reporte: | MHbflorez | BIBIANA MARCELA FLOREZ FLOREZ |
| Unidad ó Subunidad que Genera Reporte: | 36-02-00-005-950310 | CENTRO DE LA INNOVACION, LA AGROINDUSTRIA Y EL TURISMO-ANTIOQUIA |
| Fecha y Hora Generación Reporte: | 2021-11-11-4:07 p. m. | |

## Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Solicitud de Comisión No.** | 238021 | **Fecha Solicitud** | 2021-10-27 | **Estado de la Comisión** | Autorizada | **Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-005-950310 CENTRO DE LA INNOVACION, LA AGROINDUSTRIA Y EL TURISMO-ANTIOQUIA** | | |
| **Tipo de Comisión** | Servicio | **Fecha Aut./ Rech.** | 2021-10-28 | **Genera Viáticos** | NO | **Genera gastos de viaje** | Si | **Requiere Pasajes Aéreos** | NO |
| **Transporte por Vía** | Terrestre | **Área u Oficina** | MEDIA TECNICA | | | **Tipo de trámite** | Inicial | **Comisión Inicial** | |

## CDP de viáticos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Consecutivo CDP** | 4921 | **Dependencia Solicitante** | | 950345 CENTRO DE LA INNOVACION, LA AGROINDUSTRIA Y EL TURISMO-ANTIOQUIA -SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION | |
| **Rubro Presupuestal de Viaticos** | | - | **Rubro Presupuestal de Gastos de Viaje** | | C-3603-1300-14-0-3603025-02 - ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DEL SENA NACIONAL |

| Nombre | Tipo y Número de Documento | Cargo | Estado | Fecha Inicial Comisión | Fecha final Comisión | Dpto. / Municipio Origen | Dpto. / Municipio Destino | N°. Días | Pernocta Último día Comisión | Porcentaje Pernocta | Total dias | Base de Liquidación | Valor Viático Diario | Valor Total Viáticos | Valor Gastos de Viaje | Valor total a pagar | Objeto de la Comisión por Tercero |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RAFAEL CELIS GALEANO | CC: 79989888 | INSTRUCTOR | Pagada | 2021-10-28 | 2021-10-28 | ANTIOQUIA / RIONEGRO | ANTIOQUIA / SAN RAFAEL | 0 | No | 0 | 0 | 3.900.000,00 | 0,00 | 0,00 | 88.000,00 | 88.000,00 | VIATICO PARA SAN RAFAEL COMPETENCIA:- DESARROLLAR EVENTOS DEPORTIVOS DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS Y NECESIDADES DE LA ORGANIZACIÓN - APLICAR EN LA RESOLUCIO´N DE PROBLEMAS REALES DEL SECTOR PRODUCTIVO, LOS CONOCIMIENTOS, HABILIDADES Y DESTREZAS P |
| | | | | | | | | | | **Totales Solicitud de Comisión** | | | | **0,00** | **88.000,00** | **88.000,00** | |

## OBJETO DE LA COMISIÓN

VIATICO PARA SAN RAFAEL COMPETENCIA:- DESARROLLAR EVENTOS DEPORTIVOS DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS Y NECESIDADES DE LA ORGANIZACIÓN - APLICAR EN LA RESOLUCIO´N DE PROBLEMAS REALES DEL SECTOR PRODUCTIVO, LOS CONOCIMIENTOS, HABILIDADES Y DESTREZAS P

## ORDENADOR DEL GASTO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Identificacion: | 71608941 | Nombre: | Jorge Antonio Londoño | Cargo: | SUBDIRECTOR CENTRO DE LA INNOVACION, LA AGROINDUSTRIA Y EL TURISMO - ANTIOQUIA |

Firma Responsable

| | | | |
|---|---|---|---|
| Verificado Por: | DIANA PATRICIA ORREGO RESTREPO | Fecha Verificación: | 27/10/2021 13:23:34 |

# AGENDA DESPLAZAMIENTO CONTRATISTA

## DATOS DEL CONTRATISTA QUE SE DESPLAZA

| NOMBRES Y APELLIDOS | | | | | IDENTIFICACIÓN: | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Rafael Celis Galeano | | | | | Tipo: | C.C. | No. | 79989888 |
| **CONTRATO** | **No.** | 2184468 | **AÑO** | 2021 | **FECHA VENCIMIENTO DEL CONTRATO** | 21 | 12 | 2021 |
| **OBJETO CONTRACTUAL:** | 5_9503_233 Prestar servicios personales de carácter temporal como instructor de formación titulada y/o complementaria presencial y/o no presencial presencial, en el programa Articulación con la Educación Media, en el Centro de la Innovación, la Agroindustria y la Aviación. | | | | | | | |
| **DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL** | Antioquia | | | | **DEPENDENCIA/ CENTRO** | **Centro de la Innovación, la Agroindustria y el Turismo** | | |
| **NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO (de la Movilización)** | Jorge Antonio Londoño | | | | **CARGO** | Subdirector | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR(A) DEL CONTRATO** | Elkin Mauricio Pelaez Blandón | | | | **CARGO** | Coordinador de Administración Educativa | | |

## INFORMACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **RUTA** | **Rionegro, San Rafael- San Rafael, Rionegro.** | | | | | | | |
| **DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL** | Antioquia | | | | **DEPENDENCIA/ CENTRO** | **Centro de la Innovación, la Agroindustria y el Turismo** | | |
| **CIUDAD/DEPARTAMENTO O MUNICIPIO/DEPARTAMENTO O CIUDAD/PAIS** | San Rafael | | | **ENTIDAD O EMPRESA:** | IE San Rafael | | **CONTACTO** | Jhony 3128190191 |
| **FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO** | 25 | oct | 2021 | **FECHA FIN DESPLAZAMIENTO** | 28 | Oct | 2021 | |
| **OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO** | COMPETENCIA:- DESARROLLAR EVENTOS DEPORTIVOS DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS Y NECESIDADES DE LA ORGANIZACIÓN - APLICAR EN LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS REALES DEL SECTOR PRODUCTIVO, LOS CONOCIMIENTOS, HABILIDADES Y DESTREZAS PERTINENTES A LAS COMPETENCIAS DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN ASUMIENDO ESTRATEGIAS Y METODOLOGÍAS DE AUTOGESTIÓN. | | | | | | | |

| OBLIGACIONES DEL CONTRATO | | PRODUCTO (S): | |
|---|---|---|---|
| 1 | Orientar los procesos de aprendizaje según las necesidades detectadas en los procesos de evaluacion, metodologias de aprendizaje y programas curriculares vigentes. | 1 | Sofia Plus, informe de ejecucion |
| 2 | Programar las actividades de enseñanza-aprendizaj-evaluaciones de conformidad con los proyectos formativosy el calendario de formacion institucional | 2 | Plan de formacion |
| 3 | Seleccionar estrategias de enseñanza-aprendizaje - evaluacion según el programa de foacion profesional y el enfoque metodologico adoptado | 3 | Guia de aprendizaje |
| 4 | Reportar en el sistema sofia plus en un plazo maximo de (8) dias todas las actividades que de acuerdo alos procesos son de responsabilidad del contratista, garanticen la calidad de la informacion y coherencia con el proceso formativo como son:inasistencia de aprendices, reacion de rutas de aprendizaje, registros de juicios evluativos y reconocimientos de aprendizajes previos, entre otros | 4 | Planilla de notas y Sofia Plus |

## AGENDA

| ACTIVIDADES | FECHA | | |
|---|---|---|---|
| **REALIZAR SEGUIMIENTO Y CONTROL AL DESARROLLO DEL EVENTO PARA APLICAR LOS CORRECTIVOS NECESARIOS DE ACUERDO CON LAS NOVEDADES PRESENTADAS - CONTROLAR LA REALIZACIÓN DEL EVENTO DEPORTIVO Y RECREATIVO SEGÚN PLANEACION ESTABLECIDA Y REQUERIMIENTOS DEL USUARIO- MUNICIPIO SAN RAFAEL , FICHA: 2084679** | **25** | **10** | **2021** |
| **REALIZAR SEGUIMIENTO Y CONTROL AL DESARROLLO DEL EVENTO PARA APLICAR LOS CORRECTIVOS NECESARIOS DE ACUERDO CON LAS NOVEDADES PRESENTADAS - CONTROLAR LA REALIZACIÓN DEL EVENTO DEPORTIVO Y RECREATIVO SEGÚN PLANEACION ESTABLECIDA Y REQUERIMIENTOS DEL USUARIO- MUNICIPIO SAN RAFAEL , FICHA: 2084679** | **28** | **10** | **2021** |
| | | | |

## FIRMAS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FIRMA DEL CONTRATISTA:** | | **FECHA DE ELABORACIÓN DEL FORMATO:** | 19 | 10 | 2021 |
| **FIRMA Vo/Bo. ORDENADOR DEL GASTO** | | **FIRMA Vo/Bo. SUPERVISOR DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | | | |

**FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA**

**CIUDAD Y FECHA**
**Rionegro** 28-10- 2021

**PRESENTADO A**:
**Jorge Antonio Londoño**

| **ORDEN DE VIAJE No: 238021** | **FECHA DE INICIO:** | **FECHA DE FINALIZACION:** |
|---|---|---|
| | 25 DE OCT 2021 | 28 DE OCT 2021 |
| **LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO San Rafael** | **REGIONAL / CENTRO DE FORMACION** | **OTRA : ( ciudad)** |
| | Antioquia- Centro de la innovación la Agroindustria y la Aviación. | |

**OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO:**
Prestar servicios personales de carácter temporal como instructor de formación titulada y/o complementaria presencial y/o no presencial, en el programa Articulación con la Educación Media, en el Centro de la Innovación, la Agroindustria y la Aviación

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS:**

Realizar seguimiento y control al desarrollo del evento para aplicar los correctivos necesarios de acuerdo con las novedades presentadas - controlar la realización del evento deportivo y recreativo según planeación establecida y requerimientos del usuario- municipio san Rafael , ficha: 208467

**RESULTADOS:**

1. Presenta informes y evaluación sobre los eventos deportivos y recreativos.
2. Proyecto formativo- Plantilla, diapositivas y diarios de campo

**EVIDENCIAS O SOPORTES:** **Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe**

1. Listado de asistencia
2. Bitacoras

**COMPROMISOS**

| **ACTIVIDAD** | **RESPONSABLE** | **FECHA** |
|---|---|---|
| 1.Ejecutar actividades de la taxonomia de los juegos para eventos recreativos.<br>2.Actividades deportivas convencionales | Aprendices de la ficha. | |

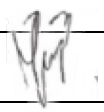
**CONCLUSIÓNES:**

1. Evalua eventos deportivos por equipos colaborativos.
2. Presenta su proyecto formativo, com su empresa.
3. Presenta informe de segumineto a etapa productiva

**DATOS DEL CONTRATISTA**

| **NOMBRE Y APELLIDO** | **FIRMA** |
|---|---|
| Rafael Celis Galeano | |

**VISTO BUENO SUPERVISOR**

| **CARGO DEL SUPERVISOR** | **NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR** | **FIRMA** |
|---|---|---|
| Coordinador de admón. educativa | Mauricio Pelaez Blandon |  |

# SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
# COMPROBANTE DE LEGALIZACION DE GASTOS TRANSPORTE INFORMAL
# EN DESPLAZAMIENTO COMISION DE CONTRATISTAS

| | |
|---|---|
| **Codigo Regional :** | **5** |
| **Codigo Centro:** | **9503** |
| **Fecha de elaboración:** | **28/02/21** |
| **ID Proceso:** | **ASEM** |

**CIUDAD / MUNICIPIO - FECHA:** RIONEGRO- ANTIOQUIA - 25 DE OCTUBRE 2O21

**NOMBRE DEL CONTRATISTA:** RAFAEL CELIS GALEANO

**No. DOCUMENTO IDENTIDAD:** 79.989.888 DE BOGOTÁ

En desarrollo de la comisión No. **238021** durante los dias **25 Y 28** del mes de OCTUBRE de **2021** se informa que en los tramos detallados a continuación, fue necesario utilizar transporte informal sin generación de documento soporte de pago por parte del prestador del servicio:

| FECHA | TRAYECTO GENERADOR DEL PAGO | MEDIO DE TRANSPORTE | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| **26/10/21** | **RIONEGRO- SAN RAFAEL** | **BUS** | **22000** |
| **26/10/21** | **SAN RAFAEL RIONEGRO** | **BUS** | **22000** |
| **28/10/21** | **RIONEGRO- SAN RAFAEL** | **BUS** | **22000** |
| **28/10/21** | **SAN RAFAEL RIONEGRO** | **BUS** | **22000** |
| | | | |
| | | | |
| | **RAZON POR LA CUAL, SE AUTORIZA EL GASTO INCURRIDO CUYO VALOR PAGADO EQUIVALE A:** | | **88000** |

Para efectos legales el CONTRATISTA certifica bajo la gravedad del juramento, que las actividades objeto del desplazamiento se cumplieron a cabalidad y el valor cobrado corresponde al valor efectivamente pagado al prestador del servicio de transporte informal.

*Este formato aplica unicamente para justificar gastos de transporte en aquellos sitios donde no se cuenta con transporte formal.*

**Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el comisionado y el Supervisor de Contrato, se autoriza el presente gasto**

| COMISIONADO CONTRATISTA | SUPERVISOR DE CONTRATO | ORDENADOR DEL GASTO |
|---|---|---|
| **Nombre completo:** RAFAEL CELIS GALEANO | **Nombre completo:** MAURICIO PELAEZ BLANDON | **Nombre completo:** JORGE ANTONIO LODOÑO |
| **Firma:** | **Cargo:** COORDINACIÓN DE AMBIENTE EDUCATIVA | **Cargo:** SUBDIRECTOR |
| | **Firma:** | **Firma:** |

GRF-F-076 V.01

**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA**

**MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA**

Agencia Pública DE EMPLEO

# Hace constar:

Que el Sr(a) RAFAEL CELIS GALEANO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79989888 el día 15/10/2021 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

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