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**
**COMPLEJO TECNOLÓGICO AGROINDUSTRIAL PECUARIO Y TURISTICO - ANTIOQUIA**
**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**
**Resolución DIAN Nº 18764024257695 autoriza desde 360,001 hasta 750,000 (Enero 18 de 2022)**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **5** |
| **Código Centro** | **950410** |
| **Fecha Elaboración** | **Abril de 2022** |
| **Versión** | **ENERO 2022 - 1,22** |
| **ID de Proceso** | **69846-307517** |
| **No. de documento** | **404249** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | JUAN DAVID RAMOS LOPEZ | **C.C.** | 1.007.337.474 | **IP/Nº de contacto** | 12 |
| **Correo electrónico contratista:** | juan.ramos47@misena.edu.co | | | | |

**Régimen del IVA:** NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

**Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores** NO **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

**Banco al cual consignar:** BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 95991218603

**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 2022 supera los $ 125'413.200** NO

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

**Nº del contrato:** 3438023/2022 **Nº Compromiso SIIF** 26022

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 42.107.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 34.112.000 | **3** | **Del** | **01/04/2022** | **Al** | **30/04/2022** | **$ 3.997.500,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 30.114.500 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 940.000,00 | |

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

IMPARTIR FORMACIÓN COMPLEMENTARIA EN LOS PROGRAMAS DE LAS REDES DE CONOCIMIENTO QUE FACILITA EL COMPLEJO TECNOLÓGICO AGROINDUSTRIAL, PECUARIO Y TURÍSTICO EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN DESPLAZADA POR LA VIOLENCIA Y GRUPOS ÉTNICOS EN URABÁ

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.997.500 | | 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** | **$ 3.997.500** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.656.275** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | **Abril** | **Marzo** | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **4437857351 - 44** | Valor Base retención en la fuente | 2.656.275,00 | TARIFA |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.599.000 | $ 1.599.000 | Valor Base retención en la fuente ICA | 3.541.700,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 199.900 | $ 199.900 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 255.900 | $ 255.900 | 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 II | $ 16.700 | $ 16.700 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | | Reteica - 8299 | 0,00 | 0,400% |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC | $ - | | - | 0,00 | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064 | $ - | | - | 0,00 | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.800.400 | $ - | | - | 0,00 | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | | Jaime Isaza Cadavid | 15.990,00 | 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 $ 1.216.128 | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta $ 608.064 | $ - | | | | |
| Renta Exenta 25% $ 9.120.960 | $ 885.425 | | Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| | | | **VALOR A PAGAR** | **$ 3.981.510,00** | |

**SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y UN MIL QUINIENTOS DIEZ PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS SE ENCUENTRAN DETALLADAS EN EL INFORME DE EJECUCION CONTRACTUAL DEL MES CORRESPONDIENTE

**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.

**JUAN DAVID RAMOS LOPEZ**
**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,

**JOSE MIGUEL SALAS JULIO**
**INSTRUCTOR G17**

**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**

**ELKIN HUMBERTO GRANADA JIMENEZ**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1007337474 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JUAN DAVID RAMOS LOPEZ RAMOS LOPEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | APARTADO | DEPARTAMENTO: | ANTIOQUIA |
| DIRECCIÓN: | BRR LAURELES CLL 109 N 107A-26 | TELÉFONO: | 7900000 |
| 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: | | | **4437857351** | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | marzo | AÑO 2022 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | marzo | AÑO 2022 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2022/03/14 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 9999113435 |

**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 |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 255.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 255.900 | $ 0 | $ 255.900 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 255.900** | **$ 0** | **$ 255.900** |

**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 | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 199.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 199.900 | $ 0 | $ 0 | $ 199.900 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 199.900** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 199.900** |

**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 |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 8.400 | $ 8.400 | $ 0 | $ 0 | $ 8.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 8.400** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 8.400** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1007337474 | RAMOS LOPEZ JUAN DAVID | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.599.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.599.000 | $ 255.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 255.900 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 1.599.000 | $ 199.900 | $ 0 | $ 199.900 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.599.000 | 100733747 | $ 8.400 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL** **$ 464.200**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1007337474 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JUAN DAVID RAMOS LOPEZ RAMOS LOPEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | APARTADO | DEPARTAMENTO: | ANTIOQUIA |
| DIRECCIÓN: | BRR LAURELES CLL 109 N 107A-26 | TELÉFONO: | 7900000 |
| 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: | **4437977391** | TIPO DE PLANILLA: | N-CORRECCIONES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES marzo AÑO 2022 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES marzo AÑO 2022 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2022/03/14 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9999119126 |
| NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | 4437857351 | FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA | 2022/03/12 |

## 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 |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 0** | **$ 0** | **$ 0** |

## 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 | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 0** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 0** |

## 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 |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 8.300 | $ 8.300 | $ 0 | $ 0 | $ 8.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 8.300** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 8.300** |

## LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 1007337474 | RAMOS LOPEZ JUAN DAVID | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.599.000 | | | | NO | | | | | | | A | | | | | | | | | | |
| 2 | CC 1007337474 | RAMOS LOPEZ JUAN DAVID | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.599.000 | | | | NO | | | | | | | C | | | | | | | | | | |
| 3 | CC 1007337474 | RAMOS LOPEZ JUAN DAVID | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.599.000 | | | | NO | | | | | | | R | | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.599.000 | $ 255.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 255.900 |
| 2 | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.599.000 | $ 255.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 255.900 |
| 3 | 25-14 COLPENSIONES | 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 0 |

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD / ARP

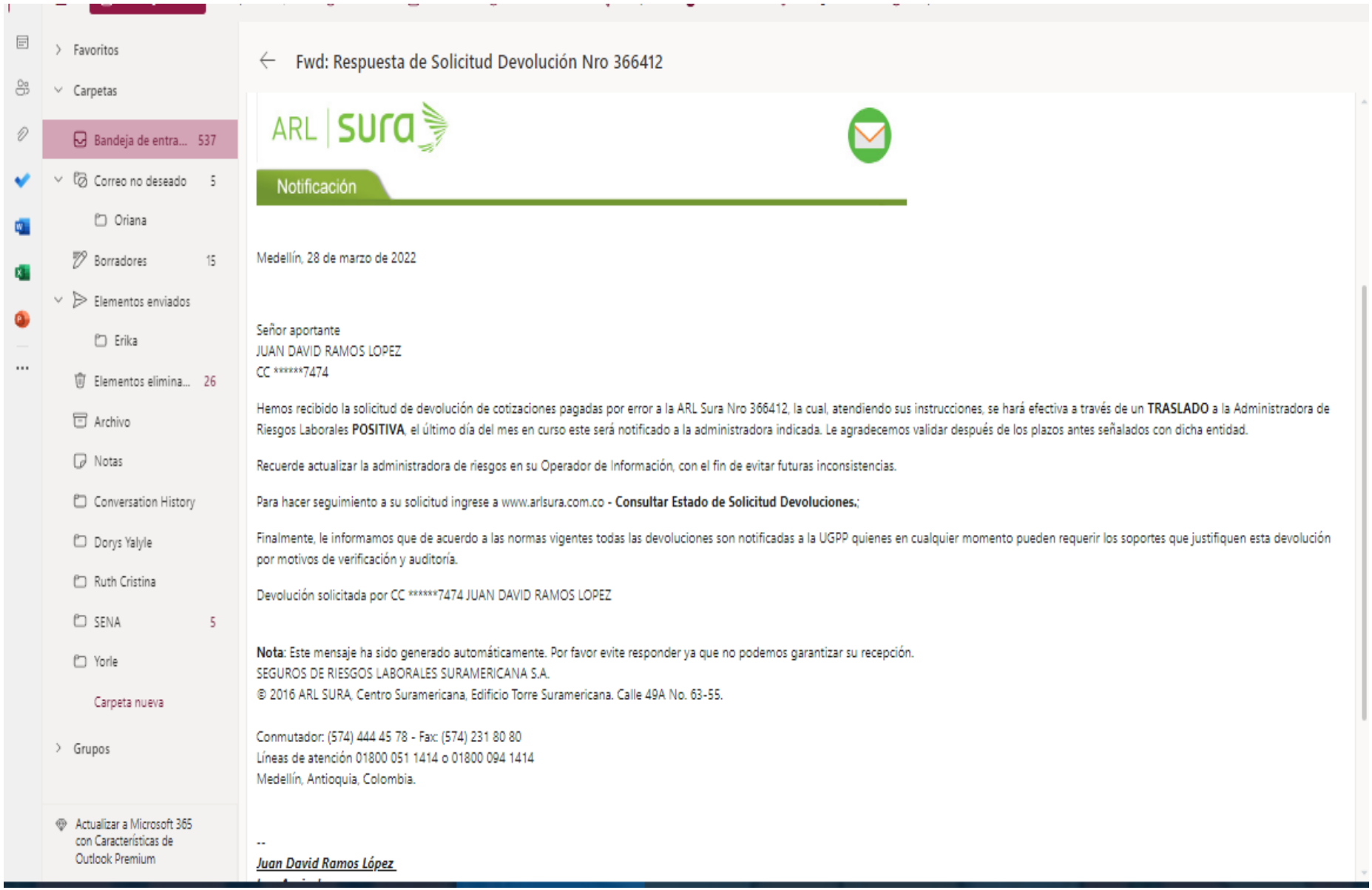
| Nº | SALUD ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ARP ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 1.599.000 | $ 199.900 | $ 0 | $ 199.900 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.599.000 | 100733747 | $ 8.400 |
| 2 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 1.599.000 | $ 199.900 | $ 0 | $ 199.900 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.599.000 | 100733747 | $ 16.700 |
| 3 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | 14-11 - ARL SURA | 0 | $ 0 | 100733747 | $ 8.300 |

PARAFISCALES

| Nº | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 2 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 3 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| **TOTAL** | **$ 8.300** |
|---|---|

Planilla Pagada


Favoritos
Carpetas
Bandeja de entra... 537
Correo no deseado 5
Oriana
Borradores 15
Elementos enviados
Erika
Elementos elimina... 26
Archivo
Notas
Conversation History
Dorys Yalyle
Ruth Cristina
SENA 5
Yorle
Carpeta nueva
Grupos
Actualizar a Microsoft 365 con Características de Outlook Premium
Fwd: Respuesta de Solicitud Devolución Nro 366412
ARL sura
Notificación
Medellín, 28 de marzo de 2022
Señor aportante
JUAN DAVID RAMOS LOPEZ
CC ******7474
Hemos recibido la solicitud de devolución de cotizaciones pagadas por error a la ARL Sura Nro 366412, la cual, atendiendo sus instrucciones, se hará efectiva a través de un TRASLADO a la Administradora de Riesgos Laborales POSITIVA, el último día del mes en curso este será notificado a la administradora indicada. Le agradecemos validar después de los plazos antes señalados con dicha entidad.
Recuerde actualizar la administradora de riesgos en su Operador de Información, con el fin de evitar futuras inconsistencias.
Para hacer seguimiento a su solicitud ingrese a www.arlsura.com.co - Consultar Estado de Solicitud Devoluciones.;
Finalmente, le informamos que de acuerdo a las normas vigentes todas las devoluciones son notificadas a la UGPP quienes en cualquier momento pueden requerir los soportes que justifiquen esta devolución por motivos de verificación y auditoría.
Devolución solicitada por CC ******7474 JUAN DAVID RAMOS LOPEZ
Nota: Este mensaje ha sido generado automáticamente. Por favor evite responder ya que no podemos garantizar su recepción.
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.
© 2016 ARL SURA, Centro Suramericana, Edificio Torre Suramericana. Calle 49A No. 63-55.
Conmutador: (574) 444 45 78 - Fax: (574) 231 80 80
Líneas de atención 01800 051 1414 o 01800 094 1414
Medellín, Antioquia, Colombia.
--
Juan David Ramos López

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

| | | |
|---|---|---|
| Usuario que Genera Reporte: | MHegranada | ELKIN HUMBERTO GRANADA JIMENEZ |
| Unidad ó Subunidad que Genera Reporte: | 36-02-00-005-950410 | COMPLEJO TECNOLOGICO AGROINDUSTRIAL, PECUARIO Y TURISTICO-ANTIOQUIA |
| Fecha y Hora Generación Reporte: | miércoles, 30 de marzo de 2022 | |

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

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Solicitud de Comisión No.** | 52922 | **Fecha Solicitud** | 2022-03-29 | **Estado de la Comisión** | Autorizada | **Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-005-950410 COMPLEJO TECNOLOGICO AGROINDUSTRIAL, PECUARIO Y TURISTICO-ANTIOQUIA** | | | |
| **Tipo de Comisión** | Servicio | **Fecha Aut./ Rech.** | 2022-03-30 | **Genera Viáticos** | NO | **Genera gastos de viaje** | Si | **Requiere Pasajes Aéreos** | NO |
| **Transporte por Vía** | Terrestre | **Área u Oficina** | POBLACION VULNERABLE | | | **Tipo de trámite** | Inicial | **Comisión Inicial** | |

## CDP de viáticos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Consecutivo CDP** | 5922 | **Dependencia Solicitante** | 950445 COMPLEJO TECNOLOGICO AGROINDUSTRIAL, PECUARIO Y TURISTICO-ANTIOQUIA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORM | | |
| **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| JUAN DAVID RAMOS LOPEZ | CC: 1007337474 | CONTRATISTA | Autorizada | 2022-04-01 | 2022-04-29 | CHOCO / MUNICIPIO - DEL DARIEN | CHOCO / MUNICIPIO - DEL DARIEN | 28 | No | 0 | 28 | 3.997.500,00 | 0,00 | 0,00 | 940.000,00 | 940.000,00 | IMPARTIR FORMACION COMPLEMENTARIA DEL CARMEN DEL DARIEN A SUS VEREDAS Y CORREGIMIENTOS LOS DIAS 1,4,5,6,7,8,11,12,18,19,20,21,22,25,26,27,28,29 DE ABRIL DEL 2022. |
| | | | | 2022-04-29 | 2022-04-29 | CHOCO / MUNICIPIO - DEL DARIEN | CHOCO / MUNICIPIO - DEL DARIEN | 0 | No | 0 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | **Totales Solicitud de Comisión** | | | **0,00** | **940.000,00** | **940.000,00** | |

## OBJETO DE LA COMISIÓN

IMPARTIR FORMACION COMPLEMENTARIA DEL CARMEN DEL DARIEN A SUS VEREDAS Y CORREGIMIENTOS LOS DIAS 1,4,5,6,7,8,11,12,18,19,20,21,22,25,26,27,28,29 DE ABRIL DEL 2022.

## ORDENADOR DEL GASTO

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Firmado digitalmente por: MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
Serial del certificado: 557823320259392281425869
Localizacion: BOGOTA D.C.
Fecha y hora: 2022-03-30T11:18:12.330-05:00

Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.

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

| | | |
|---|---|---|
| Usuario que Genera Reporte: | MHegranada | ELKIN HUMBERTO GRANADA JIMENEZ |
| Unidad ó Subunidad que Genera Reporte: | 36-02-00-005-950410 | COMPLEJO TECNOLOGICO AGROINDUSTRIAL, PECUARIO Y TURISTICO-ANTIOQUIA |
| Fecha y Hora Generación Reporte: | miércoles, 30 de marzo de 2022 | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Identificacion: | 70077560 | Nombre: | ELKIN HUMBERTO GRANADA JIMENEZ | Cargo: | SUBDIRECTOR DEL COMPLEJO TECNOLOGICO AGROINDUSTRIAL, PECUARIO Y TURISTICO - ANTIOQUIA |

**VISTO BUENO JEFE INMEDIATO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre: | "" | Cargo: | "" |

Firma Responsable

| | | | |
|---|---|---|---|
| Verificado Por: | SANTIAGO ZAPATA CASTILLO | Fecha Verificación: | 30/03/2022 10:06:17 |

Firmado digitalmente por:
Nombre: ELKIN HUMBERTO GRANADA JIMENEZ
Cédula de ciudadanía: 70077560
Usuario SIIF: MHegranada
30/03/2022 11:18:32 a. m.



Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.

52922

# AGENDA DESPLAZAMIENTO CONTRATISTA

**DATOS DEL CONTRATISTA QUE SE DESPLAZA**

| NOMBRES Y APELLIDOS | | | | | IDENTIFICACIÓN: | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| JUAN DAVID RAMOS LÓPEZ | | | | | Tipo: | C.C. | No. | 1.007.337.474 |
| CONTRATO | No. | CO1.PCCNTR.3438023 | AÑO | 2022 | FECHA VENCIMIENTO | 16 | 12 | 2022 |
| OBJETO CONTRACTUAL: | IMPARTIR FORMACION COMPLEMENTARIA EN LOS PROGRAMAS DE LAS REDES DE CONOCIMIENTO QUE FACILITA EL COMPLEJO TECNOLOGICO AGROINDUSTRIAL, PECUARIO Y TURISTICO EN EL PROGRAMA DE ATENCION A POBLACION DESPLAZADA POR LA VIOLENCIA Y GRUPOS ETNICOS EN URABA | | | | | | | |
| DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL | ANTIOQUIA | | | | DEPENDENCIA/ CENTRO | Complejo Tecnológico Agroindustrial, Pecuario y Turístico | | |
| NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO | ELKIN HUMBERTO GRANADA JIMENEZ | | | | CARGO | Subdirector | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR(A) DEL CONTRATO | JOSE MIGUEL SALAS JULIO | | | | CARGO | Coordinador Academico | | |

**INFORMACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RUTA | MUNICIPIO CARMEN DEL DARIEN (Chocó) - CAÑO MANSO (Vereda del Municipio Carmen del Darién Chocó) - Municipio del Carmen del Darién (Chocó)-VEREDA CAMELIAS -Municipio del Carmen del Darién(Chocó). Municipio Carmen del Darién (Chocó)- CORREGIMIENTO DE DOMINGODÓ (Chocó)- MUNICIPIO CARMEN DEL DARIEN (Chocó) | | | | | | | |
| DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL | ANTIOQUIA | | | | DEPENDENCIA/ CENTRO | Complejo Tecnológico Agroindustrial, Pecuario y Turístico | | |
| CIUDAD/DEPARTAMENTO O CIUDAD/PAIS | CARMEN DEL DARIEN (CURBARADÓ) - VEREDA CAÑO MANZO (CUENCA RIO) - VEREDA CAMELIAS - CORREGIMIENTO DE DOMINGODÓ - CARMEN DEL DARIEN (CURBARADÓ) | | | ENTIDAD O EMPRESA: | ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL | | CONTACTO | LUIS ALFREDO 3127190225 |
| FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO | 1 | 4 | 2022 | FECHA FIN DESPLAZAMIENTO | 29 | | 4 | 2022 |
| OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO | IMPARTIR FORMACIÓN COMPLEMENTARIA EN LOS CURSOS DE ALIMENTACIÓN DE PECES, MANEJO SANITARIO EN PISCICULTURA, ADECUACIÓN EN ESTANQUES. | | | | | | | |

| OBLIGACIONES DEL CONTRATO | | PRODUCTO (S): | |
|---|---|---|---|
| 1 | Orientar la formación profesional Integral como un proceso educativo teorico - práctico, de carácter integral orientado al desarrollo humano y la convivencia social que le permitan a la persona actuar crítica y creativamente en los contextos productivos y sociales, la interiorización de valores éticos, la utilización de las cuatro fuentes de conocimineto. | 1 | Listados de asistencia |

**AGENDA**

| ACTIVIDADES | FECHA | | |
|---|---|---|---|
| DESPLAZAMIENTO MUNICIPIO CARMEN DEL DARIEN CHOCÓ - VEREDA CAÑO MANSO (CUENCA DEL RIO) - MUNICIPIO CARMEN DEL DARIEN-CHOCÓ: ACTIVDAD: IMPARTIR FORMACIÓN COMPLEMENTARIA EN EL CURSO DE ADECUACIÓN EN ESTANQUES | 1,4,5,6,7,8,11,12 | 4 | 2022 |
| DESPLAZAMIENTO MUNICIPIO CARMEN DEL DARIEN (Chocó) - VEREDA CAMELIAS - Municipio CARMEN DEL DARIEN (Chocó): ACTIVDAD: IMPARTIR FORMACIÓN COMPLEMENTARIA EN EL CURSO DE ALIMENTACIÓN DE PECES | 18 - 19 - 20 - 21 - 22 - 25 | 4 | 2022 |
| DESPLAZAMIENTO MUNICIPIO CARMEN DEL DARIEN (Chocò)- DOMINGODÓ (Corregimiento del Carmen del Darién Chocó) - MUNICIPIO CARMEN DEL DARIEN (Chocó): ACTIVDAD: IMPARTIR FORMACIÓN COMPLEMENTARIA EN EL CURSO DE MANEJO SANITARIO EN PISCICULTURA | 26 - 27 - 28 - 29 | 4 | 2022 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FIRMA DEL CONTRATISTA: | Juan D Ramos | FECHA DE ELABORACIÓN DEL FORMATO: | 18 | 3 | 2022 |
| FIRMA Vo/Bo. ORDENADOR DEL GASTO | | FIRMA Vo/Bo. SUPERVISOR DEL CONTRATO DE | José Miguel Salas J | | |

GTH-F-090 V.02

940,000

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

Usuario que Genera Reporte: MHegranada ELKIN HUMBERTO GRANADA JIMENEZ

Unidad ó Subunidad que Genera Reporte: 36-02-00-005-950410 COMPLEJO TECNOLOGICO AGROINDUSTRIAL, PECUARIO Y TURISTICO-ANTIOQUIA

Fecha y Hora Generación Reporte: lunes, 28 de febrero de 2022

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

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Solicitud de Comisión No.** | 29922 | **Fecha Solicitud** | 2022-02-25 | **Estado de la Comisión** | Autorizada | **Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-005-950410 COMPLEJO TECNOLOGICO AGROINDUSTRIAL, PECUARIO Y TURISTICO-ANTIOQUIA** | | | |
| **Tipo de Comisión** | Servicio | **Fecha Aut./ Rech.** | 2022-02-28 | **Genera Viáticos** | NO | **Genera gastos de viaje** | Si | **Requiere Pasajes Aéreos** | NO |
| **Transporte por Vía** | Terrestre | **Área u Oficina** | POBLACION VULNERABLE | | | **Tipo de trámite** | Inicial | **Comisión Inicial** | |

## CDP de viáticos

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Consecutivo CDP** | 5922 | **Dependencia Solicitante** | 950445 COMPLEJO TECNOLOGICO AGROINDUSTRIAL, PECUARIO Y TURISTICO-ANTIOQUIA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORM |
| **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 días | Base de Liquidación | Valor Viático Diario | Valor Total Viáticos | Valor Gastos de Viaje | Valor total a pagar | Objeto de la Comisión por Tercero |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| JUAN DAVID RAMOS LOPEZ | CC: 1007337474 | CONTRATISTA | Autorizada | 2022-03-01 | 2022-03-31 | CHOCO / MUNICIPIO - DEL DARIEN | CHOCO / MUNICIPIO - DEL DARIEN | 30 | No | 0 | 30 | 3.997.500,00 | 0,00 | 0,00 | 870.000,00 | 870.000,00 | IMPARTIR FORMACION COMPLEMENTARIA EN LA RED POBLACION VULNERABLE EN CARMEN DEL DARIEN, COMUNIDAD EL GUAMO Y DESPENSA MEDIA LOS DIAS 1,2,3,4,7,8,9,10,11,14,15,16,17,18,21,22,23,24,25,28,29,30,31 DE MARZO DEL 2022. |
| | | | | 2022-03-31 | 2022-03-31 | CHOCO / MUNICIPIO - DEL DARIEN | CHOCO / MUNICIPIO - DEL DARIEN | 0 | No | 0 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | **Totales Solicitud de Comisión** | | | **0,00** | **870.000,00** | **870.000,00** | |

## OBJETO DE LA COMISIÓN

IMPARTIR FORMACION COMPLEMENTARIA EN LA RED POBLACION VULNERABLE EN CARMEN DEL DARIEN, COMUNIDAD EL GUAMO Y DESPENSA MEDIA LOS DIAS 1,2,3,4,7,8,9,10,11,14,15,16,17,18,21,22,23,24,25,28,29,30,31 DE MARZO DEL 2022.

## ORDENADOR DEL GASTO

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Firmado digitalmente por: MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
Serial del certificado: 557823320259392281425869
Localizacion: BOGOTA D.C.
Fecha y hora: 2022-02-28T17:55:39.403-05:00

Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.

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

| | | |
|---|---|---|
| Usuario que Genera Reporte: | MHegranada | ELKIN HUMBERTO GRANADA JIMENEZ |
| Unidad ó Subunidad que Genera Reporte: | 36-02-00-005-950410 | COMPLEJO TECNOLOGICO AGROINDUSTRIAL, PECUARIO Y TURISTICO-ANTIOQUIA |
| Fecha y Hora Generación Reporte: | lunes, 28 de febrero de 2022 | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Identificacion: | 70077560 | Nombre: | ELKIN HUMBERTO GRANADA JIMENEZ | Cargo: | SUBDIRECTOR DEL COMPLEJO TECNOLOGICO AGROINDUSTRIAL, PECUARIO Y TURISTICO - ANTIOQUIA |

**VISTO BUENO JEFE INMEDIATO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre: | "José Raquel Salas Soto | Cargo: | "Coordinador académico. |

Firma Responsable

| | | | |
|---|---|---|---|
| Verificado Por: | SANTIAGO ZAPATA CASTILLO | Fecha Verificación: | 25/02/2022 17:12:42 |

Firmado digitalmente por:
Nombre: ELKIN HUMBERTO GRANADA JIMENEZ
Cédula de ciudadanía: 70077560
Usuario SIIF: MHegranada
28/02/2022 5:56:00 p. m.

Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.

29922

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| siga | | AGENDA DESPLAZAMIENTO CONTRATISTA | | | | | | |

| DATOS DEL CONTRATISTA QUE SE DESPLAZA | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS | | | | | IDENTIFICACIÓN: | | | |
| JUAN DAVID RAMOS LÓPEZ | | | | | Tipo: | C.C. | No. | 1.007.337.474 |
| CONTRATO | No. | CO1.PCCNTR. 3438023 | AÑO | 2022 | FECHA VENCIMIENTO | 16 | 12 | 2022 |
| OBJETO CONTRACTUAL: | IMPARTIR FORMACION COMPLEMENTARIA EN LOS PROGRAMAS DE LAS REDES DE CONOCIMIENTO QUE FACILITA EL COMPLEJO TECNOLOGICO AGROINDUSTRIAL, PECUARIO Y TURISTICO EN EL PROGRAMA DE ATENCION A POBLACION DESPLAZADA POR LA VIOLENCIA Y GRUPOS ETNICOS EN URABA | | | | | | | |
| DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL | ANTIOQUIA | | | | DEPENDENCIA/ CENTRO | Complejo Tecnológico Agroindustrial, Pecuario y Turístico | | |
| NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO | ELKIN HUMBERTO GRANADA JIMENEZ | | | | CARGO | Subdirector | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR(A) DEL CONTRATO | JOSE MIGUEL SALAS JULIO | | | | CARGO | Coordinador Academico | | |

| INFORMACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RUTA | CARMEN DEL DARIEN - COMUNIDAD EL GUAMO - COMUNIDAD DESPENSA MEDIA - COMUNIDAD EL GUAMO - COMUNIDAD DESPENSA MEDIA - CARMEN DEL DARIEN | | | | | | | |
| DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL | ANTIOQUIA | | | | DEPENDENCIA/ CENTRO | Complejo Tecnológico Agroindustrial, Pecuario y Turístico | | |
| CIUDAD/DEPARTAMENTO O CIUDAD/PAIS | CARMEN DEL DARIEN (CURBARADÓ) - COMUNIDAD EL GUAMO - COMUNIDAD DESPENSA MEDIA - COMUNIDAD EL GUAMO - COMUNIDAD DESPENSA MEDIA - CARMEN DEL DARIEN (CURBARADÓ) | | | ENTIDAD O EMPRESA: | ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL | | CONTACTO | LUIS ALFREDO 3127190225 |
| FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO | 1 | 3 | 2022 | FECHA FIN DESPLAZAMIENTO | 31 | 3 | 2022 | |
| OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO | IMPARTIR FORMACIÓN COMPLEMENTARIA EN LOS CURSOS DE ALIMENTACIÓN DE PECES, MANEJO SANITARIO EN PISCICULTURA, ADECUACIÓN EN ESTANQUES, MANEJO DE COSECHA Y POSTCOSECHA | | | | | | | |

| OBLIGACIONES DEL CONTRATO | | PRODUCTO (S): | |
|---|---|---|---|
| 1 | Orientar la formación profesional Integral como un proceso educativo teorico - práctico, de carácter integral orientado al desarrollo humano y la convivencia social que le permitan a la persona actuar crítica y creativamente en los contextos productivos y sociales, la interiorización de valores éticos, la utilización de las cuatro fuentes de conocimineto. | 1 | registro de asistencia |

| AGENDA | | | |
|---|---|---|---|
| ACTIVIDADES | FECHA | | |
| DESPLAZAMIENTO DE IDA Y REGRESO DESDE CARMEN DEL DARIEN - VEREDA EL GUAMO - CARMEN DEL DARIEN: ACTIVDAD: IMPARTIR FORMACIÓN COMPLEMENTARIA EN EL CURSO DE ADECUACIÓN EN ESTANQUES | 1 - 2 - 3 - 4 | 3 | 2022 |
| DESPLAZAMIENTO DE IDA Y REGRESO DESDE CARMEN DEL DARIEN -VEREDA DESPENSA MEDIA - CARMEN DEL DARIEN: ACTIVDAD: IMPARTIR FORMACIÓN COMPLEMENTARIA EN EL CURSO DE ALIMENTACIÓN DE PECES | 7 - 8 - 9 - 10 - 11 | 3 | 2022 |
| DESPLAZAMIENTO DE IDA Y REGRESO DESDE CARMEN DEL DARIEN - VEREDA EL GUAMO - CARMEN DEL DARIEN: ACTIVDAD: IMPARTIR FORMACIÓN COMPLEMENTARIA EN EL CURSO DE MANEJO DE COSECHA Y POSTCOSECHA | 14 - 15 - 16 - 17 - 18 | 3 | 2022 |
| DESPLAZAMIENTO DE IDA Y REGRESO DESDE CARMEN DEL DARIEN -VEREDA DESPENSA MEDIA - CARMEN DEL DARIEN: ACTIVDAD: IMPARTIR FORMACIÓN COMPLEMENTARIA EN EL CURSO DE MANEJO SANITARIO EN PISCICULTURA | 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 28 - 29 - 30 - 31 | 3 | 2022 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FIRMA DEL CONTRATISTA: | Juan D Ramos | FECHA DE ELABORACIÓN DEL FORMATO: | 28 | 2 | 2022 |
| FIRMA Vo/Bo. ORDENADOR DEL GASTO | | FIRMA Vo/Bo. SUPERVISOR DEL CONTRATO DE | José Miguel Salas | | |

GTH-F-090 V.02

870000

FORMATO INFORME LEGALIZACIÓN DESPLAZAMIENTO- CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA: Apartado 05 de abril de 2022

PRESENTADO A: Elkin Humberto Granada Jiménez, subdirector.

| ORDEN DE VIAJE No: **29922** | FECHA DE INICIO: | FECHA DE FINALIZACIÓN: |
|---|---|---|
| | 01/03/2022 | 31/03/2022 |
| **LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO:** | **REGIONAL / CENTRO DE FORMACIÓN** | **OTRA : ( ciudad)** |
| CARMEN DEL DARIEN – COMUNIDAD EL GUAMO – COMUNIDAD DESPENSA MEDIA – COMUNIDAD EL GUAMO – COMUNIDAD DESPENSA MEDIA - CARMEN DEL DARIEN | Antioquia<br>Complejo Tecnológico Agroindustrial Pecuario y Turístico | CARMEN DEL DARIEN – COMUNIDAD EL GUAMO – COMUNIDAD DESPENSA MEDIA – COMUNIDAD EL GUAMO – COMUNIDAD DESPENSA MEDIA - CARMEN DEL DARIEN |

**OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO:** Impartir formación complementaria en los cursos de alimentación de peces, manejo sanitario en piscicultura, adecuación en estanques, manejo de cosecha y postcosecha

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS:**

1. Desarrollar la formación, brindando la oferta educativa y la inducción SENA, se lleva a cabo la formación académica de acuerdo con la programación establecida en el calendario institucional , en el área de piscicultura

**RESULTADOS: Se cumple con la programación establecida.**

1. Se realizó plan de trabajo con los aprendices, con la temática de la formación

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

1. Lista de Asistencia

**COMPROMISOS**

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | FECHA |
|---|---|---|
| No se programaron actividades | JUAN DAVID RAMOS LÓPEZ | Marzo |

**CONCLUSIONES:** Los grupos asisten oportunamente, se da cumplimiento al curso establecido, se cumplió con el objetivo de formación y las obligaciones de la planeación

**DATOS DEL CONTRATISTA**

| NOMBRE Y APELLIDO | FIRMA |
|---|---|
| JUAN DAVID RAMOS LOPEZ | Juan D. Ramos<br>C.C. 1007337474 |

**VISTO BUENO SUPERVISOR**

| CARGO DEL SUPERVISOR | NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR | FIRMA |
|---|---|---|
| COORDINADOR ACADÉMICO | JOSE MIGUEL SALAS JULIO | José Miguel Salas |

REGISTRO DE ASISTENCIA Y APROBACIÓN DEL ACTA No- DEL DÍA 2 DEL MES DE 03 DEL AÑO 2022

OBJETIVO (S): IMPARTIR FORMACIÓN COMPLEMENTARIA CON EL CURSO ADECUACIÓN DE ESTANQUES. ID: 2480719. VEREDA: EL GUAMO. MUNICIPIO: CARMEN DEL DARIÉN

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | No. DOCUMENTO | PLANTA | CONTRATISTA | OTRO ¿CUAL? | DEPENDENCIA/ EMPRESA | CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO/EXT. SENA | AUTORIZA GRABACIÓN | FIRMA O PARTICIPACIÓN VIRTUAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ARNIDIS BEITAR HERNANDEZ | 1.030.460.006 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | Arnidis Beitar |
| 2 | AUDITH ESTETH SALGADO PESTAÑA | 1.003.786.257 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | |
| 3 | BICTOR ANTONIO MENA ROMAÑA | 8.112.467 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | Bictor Mena |
| 4 | CORNELIO BEITAR RAGA | 8.112.471 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | Cornelio |
| 5 | ELVIA LUCIA MORENO PALACIOS | 35.604.445 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | |
| 6 | ELVIRA RAGA ROVIRA | 26.379.687 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | Elvira |
| 7 | ENAIDA LUZ SALGADO PESTANA | 1.003.786.323 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | Enaida Salgado |
| 8 | JEILER CUESTA MENA | 1.030.460.877 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | JEILER CUESTA M. |
| 9 | JHOJANA CORDOBA | 1.077.428.787 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | |
| 10 | JHON JAIRO MENA SALAS | 1.042.733.218 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | Jhon J Mena |
| 11 | LADY TATIANA ROBLEDO CASTILLO | 1.075.088.765 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | |
| 12 | LAURA PALACIO CALVO | 1.030.461.018 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | Laura Palacio |
| 13 | LUIS FERNANDO PARRA GUTIERREZ | 10.136.838 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | |
| 14 | LUZDARY MURILLO ROBLEDO | 1.042.732.666 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | Luz Dary Murillo |

De acuerdo con La Ley 1581 de 2012, Protección de Datos Personales, el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, se compromete a garantizar la seguridad y protección de los datos personales que se encuentran almacenados en este documento, y les dará el tratamiento correspondiente en cumplimiento de lo establecido legalmente.

REGISTRO DE ASISTENCIA Y APROBACIÓN DEL ACTA No- DEL DÍA 22 DEL MES DE 03 DEL AÑO 2022

OBJETIVO (S): IMPARTIR FORMACIÓN COMPLEMENTARIA CON EL CURSO MANEJO SANITARIO EN PISCICULTURA. ID: 2480718. VEREDA: DESPENSA MEDIA. MUNICIPIO: CARMEN DEL DARIÉN

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | No. DOCUMENTO | PLANTA | CONTRATISTA | OTRO ¿CUAL? | DEPENDENCIA/ EMPRESA | CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO/EXT. SENA | AUTORIZA GRABACIÓN | FIRMA O PARTICIPACIÓN VIRTUAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ERNEY MOYA REYES | 1.030.460.189 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | Erney Moya Reyes |
| 2 | DEISY LORAINE PALACIOS PEREZ | 1.045.499.420 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | |
| 3 | YANNI PAOLA MORENO RIVAS | 1.128.005.307 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | Yanni Paola M.R. |
| 4 | JHON FREDY MOYA MORENO | 1.030.460.555 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | Jhon Moya |
| 5 | ALEIDA MOSQUERA CAICEDO | 1.030.460.099 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | |
| 6 | JAKSON HERNEY LEUDO VARGAS | 1.062.443.839 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | Jakson Leudo |
| 7 | YUDI ALEXA RAMIREZ MOYA | 1.075.090.034 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | Yudi Alexa R. |
| 8 | SANDY YULIETH PALACIOS MOYA | 1.030.460.710 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | Sandy Palacios |
| 9 | MILENA ANDREA ROBLEDO RENJIFO | 1.030.460.516 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | |
| 10 | LUISA ANDREA ROMAÑA CARMONA | 1.030.460.603 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | Luisa Romaña |
| 11 | CRISTOBALINA RIVAS CORDOBA | 1.128.004.319 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | |
| 12 | GLEYDIS PANESSO CORDOBA | 1.030.460.772 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | Gleydis Panesso |
| 13 | YARITZA LOAIZA MARTINEZ | 1.045.492.326 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | |
| 14 | JHONATAN MENA MORENO | 1.193.594.938 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | |

De acuerdo con La Ley 1581 de 2012, Protección de Datos Personales, el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, se compromete a garantizar la seguridad y protección de los datos personales que se encuentran almacenados en este documento, y les dará el tratamiento correspondiente en cumplimiento de lo establecido legalmente.

REGISTRO DE ASISTENCIA Y APROBACIÓN DEL ACTA No- DEL DÍA 9 DEL MES DE 03 DEL AÑO 2022

OBJETIVO (S): IMPARTIR FORMACIÓN COMPLEMENTARIA CON EL CURSO ALIMENTACIÓN DE PECES. ID: 2507026. VEREDA: DESPENSA MEDIA. MUNICIPIO: CARMEN DEL DARIÉN.

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | No. DOCUMENTO | PLANTA | CONTRATISTA | OTRO ¿CUAL? | DEPENDENCIA/ EMPRESA | CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO/EXT. SENA | AUTORIZA GRABACIÓN | FIRMA O PARTICIPACIÓN VIRTUAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | MARIA PATRICIA RAMIREZ FOLREZ | 1.128.004.026 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | |
| 2 | MIRIAN MURILLO SALAS | 39.314.154 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | Miriam Murillo |
| 3 | NICOLASA PALACIO CALVO | 1.075.090.556 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | Nicolasa P. |
| 4 | OMAIRA CARMONA TERAN | 35.785.310 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | Omaira Carmona |
| 5 | ONELIA CARMONA TERAN | 1.003.786.333 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | |
| 6 | PICHIRILO TUNAY ISARAMA | 1.133.606.891 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | . |
| 7 | ROCIBEL MORENO ROBLEDO | 1.075.088.710 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | Rocibel Moreno |
| 8 | ROSALIA PEDROZA FLACO | 1.133.606.889 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | Rosalia Pedroza |
| 9 | RUBIS ENITH RODRIGUEZ RAGA | 1.030.460.283 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | |
| 10 | YARI LEISI BEITAR HERNANDEZ | 1.030.461.008 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | Yari Beitar |
| 11 | YIRLEY TORRES ZUÑIGA | 1.151.434.794 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | |
| 12 | MARLEYDIS CORDOBA MURILLO | 1.030.460.845 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | . |
| 13 | SANDY ESNITH PEREA RODRIGUEZ | 1.030.461.016 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | |
| 14 | SANDY YISETH MORENO ROBLEDO | 1.128.004.146 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | Sandy Yiseth Moreno |

De acuerdo con La Ley 1581 de 2012, Protección de Datos Personales, el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, se compromete a garantizar la seguridad y protección de los datos personales que se encuentran almacenados en este documento, y les dará el tratamiento correspondiente en cumplimiento de lo establecido legalmente.

REGISTRO DE ASISTENCIA Y APROBACIÓN DEL ACTA No- DEL DÍA 16 DEL MES DE 03 DEL AÑO 2022

OBJETIVO (S): IMPARTIR FORMACIÓN COMPLEMENTARIA CON EL CURSO MANEJO DE COSECHA Y POSCOCECHA. ID: 2506042. VEREDA: EL GUAMO. MUNICIPIO: CARMEN DEL DARIÉN

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | No. DOCUMENTO | PLANTA | CONTRATISTA | OTRO ¿CUAL? | DEPENDENCIA/ EMPRESA | CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO/EXT. SENA | AUTORIZA GRABACIÓN | FIRMA O PARTICIPACIÓN VIRTUAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | JEINER PALACIOS SALGADO | 1.030.460.167 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | JEINER PALACIOS |
| 2 | TRINIDAD MENA MURILLO | 1.042.733.150 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | Trinidad Mena |
| 3 | GILMA GONZALEZ MADERA | 26.379.732 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | |
| 4 | PATRICIO TEHERAN MORALES | 8.111.018 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | Patricio Teheran |
| 5 | ALBERTINA DEL CARMEN JARABA LOPEZ | 22.160.544 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | Albertina Jaraba |
| 6 | BERTA DEL CARMEN VILORIA JARABA | 43.777.195 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | |
| 7 | EMMA PORFIRIA MESA RAMOS | 26.170.422 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | Manuel Garces |
| 8 | FRNACISCO MANUEL GARCES VILORIA | 1.001.712.956 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | . |
| 9 | DIANA SOFIA PALACIOS ROMAN | 1.040.761.221 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | |
| 10 | JUAN ELICER PALACIOS ROMAN | 1.040.761.223 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | Juan Palacios |
| 11 | RAMON MANUEL NEGRETE JIMENEZ | 1.003.140.587 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | |
| 12 | MANUEL FRANCISCO MESTRA GONZALEZ | 8.436.828 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | |
| 13 | ELIECER MANUEL JIMENEZ JIMENEZ | 15.073.871 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | Eliecer Manuel |
| 14 | GILMA ROSA GONZALEZ MADERA | 1.001.026.896 | | | X | | elguamopiscicultura@gmail.com | | | Rosa Gonzalez |

De acuerdo con La Ley 1581 de 2012, Protección de Datos Personales, el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, se compromete a garantizar la seguridad y protección de los datos personales que se encuentran almacenados en este documento, y les dará el tratamiento correspondiente en cumplimiento de lo establecido legalmente.

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

| | |
|---|---|
| Codigo Regional : | 5 |
| Codigo Centro: | 950410 |
| Fecha de elaboración: | 05 DE ABRIL DE 2022 |
| ID Proceso: | |

**CIUDAD / MUNICIPIO - FECHA:** APARTADÓ, 05 DE ABRIL DE 2022
**NOMBRE DEL CONTRATISTA:** JUAN DAVID RAMOS LOPEZ
**No. DOCUMENTO IDENTIDAD:** 1.007.337.474

En desarrollo de la comisión No. **29922** durante los dias **01 AL 31** del mes de **MARZO** de **2022** 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 EMPLEADO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| 1, 2, 3, 4, 14, 15, 16, 17, 18 Marzo de 2022 | CARMEN DEL DARIEN – VEREDA EL GUAMO – CARMEN DEL DARIEN | CHALUPA | $ 450.000 |
| 7, 8, 9, 10, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 28, 29, 30, 31 de Marzo de 2022 | CARMEN DEL DARIEN – VEREDA DESPENSA MEDIA – CARMEN DEL DARIEN | CHALUPA | $ 420.000 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | **RAZON POR LA CUAL, SE AUTORIZA EL GASTO INCURRIDO CUYO VALOR PAGADO EQUIVALE A:** | | **$ 870.000** |

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: JUAN DAVID RAMOS LOPEZ | Nombre completo: JOSE MIGUEL SALAS JULIO | Nombre completo: ELKIN HUMBERTO GRANADA J. |
| | Cargo: COORDINADOR ACADÉMICO | Cargo: Subdirector |
| Firma: Juan D Ramos C.C. 1007337474 | Firma: | Firma: |