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 META**
**DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO**
**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** | **50** |
| **Código Centro** | **101050** |
| **Fecha Elaboración** | **Diciembre de 2022** |
| **Versión** | **MAYO 2022 - 2,22** |
| **ID de Proceso** | **65912-572568** |
| **No. de documento** | **640330** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | ENY PAOLA ORTIZ CASTAÑEDA | **C.C.** | 20.358.602 | **IP/Nº de contacto** | 0 |
| **Correo electrónico contratista:** | eportiz@sena.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 ?** | | SI | |
| **Banco al cual consignar:** | SCOTIABANK COLPATRIA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 942009524 | |
| **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:** | 3333453/2022 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **32122** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 30.597.043 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 4.391.920 | **7** | **Del** | **01/12/2022** | **Al** | **31/12/2022** | **$ 4.391.920,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 0 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 405.266,00 | |

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

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO DE CARÁCTER TEMPORAL A LOS USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO EMPRESARIAL BAJO LA ESTRUCTURA DE LA RUTA DE EMPRENDIMIENTO SENA, PARA LA GESTIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE EMPRENDIMIENTO.

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.391.920 | | 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** | **$ 4.797.186** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.862.575** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | **Diciembre** | **Noviembre** |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **7859610554** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.756.768 | $ 1.756.768 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 219.600 | $ 219.600 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 281.100 | $ 281.100 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 9.200 | $ 9.200 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.800.400 | $ - | |
| 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 $ 1.216.128 | $ 479.719 | |
| Salud hasta $ 608.064 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 9.120.960 | $ 954.192 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.862.575,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 4.296.486,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 | 17.186,00 | 0,400% |
| - | 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** | **$ 4.374.734,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Presentación de actas, formatos, listas de asistencias dando cumplimiento con las metas asignadas
Asesorias y acompañamiento constante a emmprendedores para Fondo Emprender
Seguimiento a los proyectos puesta en marcha de Fondo Emprender
Contacto con diferentes empresarios del Depto ofreciendo los servicios del equipo SBDC.
Ejecución de asesorías a empresarios de OFF.
Cargue en DRIVE de las evidencias en SIGE de las evidencias de las actividades desarrolladas dando cumplimiento a las metas asignadas
-Charla psicológica " Trabajo en equipo" 06 de diciembre
Acompañamiento a los empresarios y emprendedores LINEA CRECER – FONDO EMPRENDER
Ejecución de orientaciones de los servicios del SENA SBDC programados a los emprendedores. Ejecución de entrenamientos en IDEACION a l

**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.

**ENY PAOLA ORTIZ CASTAÑEDA**
**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,

**ANGELA MARCELA SUAREZ RAMIREZ**
**PROFESIONAL G02**

**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**

**GUSTAVO ENRIQUE OCHOA ROCHA**
**DIRECTOR REGIONAL B G07**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 20358602 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ENY PAOLA ORTIZ CASTANEDA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | VILLAVICENCIO | DEPARTAMENTO: | META |
| DIRECCIÓN: | CALLE 23 SUR #15-45 ESTE | TELÉFONO: | 6787236 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de servicio de apoyo a las empr |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **7859610554** | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | noviembre | AÑO 2022 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES noviembre AÑO 2022 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2022/12/05 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 1791833963 |

**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 | $ 281.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 281.200 | $ 0 | $ 281.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 281.200** | **$ 0** | **$ 281.200** |

**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 |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 219.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 219.700 | $ 0 | $ 0 | $ 219.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 219.700** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 219.700** |

**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 | $ 9.200 | $ 9.200 | $ 0 | $ 0 | $ 9.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 9.200** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 9.200** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | 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 | TOTAL APORTE | SENA | TOTAL APORTE | ICBF | TOTAL APORTE | ESAP | TOTAL APORTE | MINEDU | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 20358602 | ORTIZ CASTAÑEDA ENY PAOLA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.757.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.757.000 | $ 281.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 281.200 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1.757.000 | $ 219.700 | $ 0 | $ 219.700 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.757.000 | 20358602 | $ 9.200 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 510.100** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 20358602 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ENY PAOLA ORTIZ CASTANEDA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | VILLAVICENCIO | DEPARTAMENTO: | META |
| DIRECCIÓN: | CALLE 23 SUR #15-45 ESTE | TELÉFONO: | 6787236 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de servicio de |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7859610554** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | noviembre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | noviembre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2022 | SALUD: | AÑO: | 2022 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2022/12/05 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1791833963 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 281.200 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 281.200** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800251440 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | $ 219.700 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 219.700** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 9.200 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 9.200** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 510.100** |

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el documento 20358602 NO ha sido registrado en la Base de Datos y por tanto NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 5 de Diciembre de 2022 a las 16:21:29

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.

| | |
|---|---|
| SENA | Versión: 04<br>Código: GTH- F- 074 |

## Proceso Gestión del Talento Humano

## Formato entrega de bienes e información de ejecución contractual por el contratista

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA:** Eny Paola Ortiz Castañeda | | | | | | **IDENTIFICACIÓN** |
| **CIUDAD** | Villavicencio | **FECHA** | 13/12/2022 | **REGIONAL** | Meta | 20.358.602 |
| **DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:** | Centro de Desarrollo Empresarial SBDC - Sena | | | | | |
| **NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:** | 3333453 02 de junio 2022 | | | | | |

## CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO** | | **CESIÓN** | | **LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO** | | **TERMINACIÓN UNILATERAL** | |

| **DEPENDENCIA SENA** | **Marcar con x** | **RESPONSABLES** | |
|---|---|---|---|
| | | **NOMBRES Y APELLIDOS** | **FIRMA** |
| GESTIÓN DE TIC | | JOHN JAIRO SARMIENTO M. | |
| ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS | | Diomira Andrez | |
| ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL | | Angela Suarez Ramirez | |
| ALMACÉN E INVENTARIOS | | **Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo.** | |
| SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio, Contratación) | | MARIO ROSAS | |
| CONTABILIDAD | | Pierina Pena Rodriguez | |
| TESORERIA | | Ana C Lopez | |
| COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA | | | |
| BIBLIOTECA | | JHILMAR ALEXIS RUEDA SILVA | JHILMAR ALEXIS RUEDA |
| OTRO Viaticos | X | Zaida Torres | Zaida Torres |
| OTRO | | | |
| SUPERVISOR DE CONTRATO | | Angela Suarez Ramirez | |

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

OTROS : _____

Firma del Contratista

Powered by CamScanner

**FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA**

**CIUDAD Y FECHA** Villavicencio 14 de diciembre de 2022

**PRESENTADO A**: Gustavo Enrique Ochoa Rocha

| | | |
|---|---|---|
| **ORDEN DE VIAJE No:36122** | **FECHA DE INICIO:** | **FECHA DE FINALIZACION:** |
| | **12/12/2022** | **13/12/2022** |
| **LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO** Acacias | **REGIONAL / CENTRO DE FORMACION** | **OTRA : ( ciudad)** |
| | **CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META** | |

**OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO:** Visitar las empresas SENA-FONDO EMPRENDER INVERSIONES CARACHOS MIEL MEILE Y AL NATURAL VIVE SANO que se encuentran en la etapa de ejecución, las cuales están ubicadas en el MUNICIPIO DE ACACIAS EN EL DEPARTAMENTO DEL META y requiere seguimiento de asesoría puesta en marcha para validar las obligaciones contractuales y empresariales de acuerdo con los indicadores estipulados en cada plan de negocio.

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS:**

1. Desplazamiento al municipio de Acacias
2. Se realiza visita presencial a las empresas Inversiones Carachos SAS y Al Natural Vive Sano con el fin de hacer un recorrido y validación de la planta de producción y los demás avances que ha tenido el emprendedor de acuerdo con las obligaciones contractuales y empresariales.
3. Seguimiento a la plataforma y a cada una de las actividades del plan operativo: indicadores de empleos, mercadeo, contrapartidas, producción, ventas y ejecución presupuestal
4. Validación de las adecuaciones realizadas en la planta de producción, así mismo se valida la compra de maquinaria y equipos soportada mediante registro fotográfico
5. Se despejaron las dudas de las empresarias con respecto al proceso de puesta en marcha.

**RESULTADOS:**

1. Se entrega el calendario de pagos y se reiteran las fechas establecidas para el cargue de documentación avance y pagos.
2. finalización del Informe de seguimiento puesta en marcha correspondiente al mes de diciembre.
3. Verificación y validación de avance de los indicadores y metas establecidas en el plan de negocio para la ejecución del plan operativo.

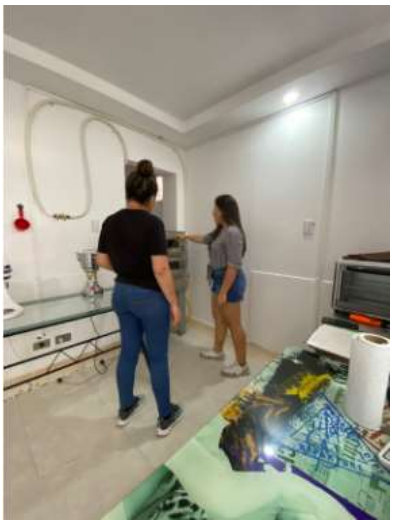
**EVIDENCIAS O SOPORTES: Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe**

**Se toma registro y evidencia fotográfica de la planta de producción de la empresa Al Natural Vive Sano SAS.**

**Oficina gerencia y área de comercialización y distribución del producto**



**Área de producción y empacado**



**Área de almacenamiento y refrigeración**





**Horno Industrial**



**Se toma registro y evidencia fotográfica de la planta de producción de la empresa Inversiones Carachos SAS- Miel Meile.**

**Oficina gerencia y área de distribución y comercialización del producto**



**Área social para ubicar Lookers y mesas para colaboradores**



**Área de almacenamiento y materia prima**



**Área de envasado**



**Área Esterilización y desinfección**





| | | |
|---|---|---|
| **COMPROMISOS** | | |
| **ACTIVIDAD** | **RESPONSABLE** | **FECHA** |
| **1. Entrega de informe, evidencia y registro fotográfico, tiquetes de transporte** | **Eny Paola Ortiz Castañeda** | **14 de diciembre 2022** |

**CONCLUSIONES:**

1. Se despejaron dudas en cuanto al cargue de documentación en plataforma y las fechas de corte establecidas, así mismo se revisó cada actividad del plan operativo en donde se pudo evidenciar el avance del emprendedor con las actividades.
2. Se indica a las empresarias la importancia de dar cumplimiento a los compromisos contractuales y empresariales.
3. Se sugiere agilizar el avance de cada una de las actividades pendientes, en donde la orientadora e interventoría ha dejado las respectivas observaciones en cada seguimiento.

| **DATOS DEL CONTRATISTA** | |
|---|---|
| **NOMBRE Y APELLIDO** | **FIRMA** |
| **Eny Paola Ortiz Castañeda** | |

| **VISTO BUENO SUPERVISOR** | | |
|---|---|---|
| **CARGO DEL SUPERVISOR** | **NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR** | **FIRMA** |
| **Profesional de Emprendimiento grado 2** | **Angela Marcela Suarez Ramírez** | |